De rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen door huisartsen

Een onderzoek naar het voorschrijven van antibiotica

Thamar van Esch
Pé Mullenders
Anne Brabers
Karin Hek
Judith de Jong

ISBN 978-94-6122-419-4

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Woord vooraf

Zorginstituut Nederland en NIVEL bedanken de volgende personen voor hun bijdrage aan het onderzoek:

- Zorginstituut Nederland: Sander van de Scheur en Laura Koopman;
- NIVEL: Petra ten Veen, Liset van Dijk en Dolf de Boer;
- de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg;
- de geïnterviewde patiënten en huisartsen.

Samenvatting

Het volgen van richtlijnen wordt over het algemeen gezien als indicator voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Ook het in acht nemen van de verwachtingen en wensen van individuele patiënten wordt gezien als belangrijk aspect van kwalitatief goede zorg. Deze aspecten kunnen strijdig met elkaar zijn als de verwachtingen en wensen van de individuele patiënt afwijken van de richtlijn. Het is bekend dat huisartsen soms afwijken van richtlijnen. NIVEL en Zorginstituut Nederland onderzochten daarom wat de rol van patiënten is bij het afwijken van richtlijnen door huisartsen, specifiek bij het voorschrijven van antibiotica binnen de NHG-standaarden Acuut hoesten, Acute rhinosinusitis en Urineweginfecties. In het onderzoek hebben we de volgende deelvragen beantwoord:

1. In hoeverre wijken huisartsen af van richtlijnen bij het voorschrijven van antibiotica?
2. Wat zijn de verwachtingen, wensen en opvattingen van patiënten met betrekking tot antibiotica?
3. Hoe zien huisartsen de rol van patiënten bij een beslissing waarbij wordt afgeweken van de richtlijn?
4. In hoeverre zeggen patiënten dat ze invloed hebben op het voorschrijven van antibiotica?

We vonden dat huisartsen regelmatig antibiotica voorschrijven als daar volgens de NHG-standaarden geen of een onzekere indicatie voor is. Wensen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt spelen daarbij volgens de geïnterviewde huisartsen soms een rol; vooral als de medische indicatie niet duidelijk is. De beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven is volgens respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg vooral door de huisarts genomen. In het algemeen zijn de respondenten terughoudend ten opzichte van antibiotica. Volgens de geïnterviewde huisartsen hebben patiënten over het algemeen (te) hoge verwachtingen van antibiotica.

Huisartsen schrijven regelmatig antibiotica voor als daar volgens de NHG-standaard geen indicatie voor is (hoofdstuk 2)

Uit analyses van NIVEL Zorgregistraties blijkt dat huisartsen regelmatig antibiotica voorschrijven als daar volgens de NHG-standaard geen of een onzekere indicatie voor is. Percentages episodes (klachtenperiodes) waarvoor antibiotica worden voorgeschreven variëren van 7% voor hoesten (zonder indicatie voor antibiotica) tot 72% voor urineweginfecties (met een onzekere indicatie voor antibiotica). Deze percentages verschillen sterk tussen praktijken. De meeste geïnterviewde huisartsen vinden dat er minder antibiotica zouden moeten worden voorgeschreven. Uit de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg leiden we af dat huisartsen de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaarden wisselend opvolgen. Voor hoesten worden de niet-medicamenteuze aanbevelingen minder vaak opgevolgd dan voor neus-bijholteontsteking volgens de respondenten, terwijl voor hoesten juist vaker onterecht antibiotica worden voorgeschreven dan voor neus-bijholteontsteking.

De meeste patiënten zijn terughoudend ten aanzien van antibiotica (hoofdstuk 3)

Uit de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat bijna negen op de tien respondenten vinden dat bij alledaagse klachten (zoals hoesten) antibiotica niet

noodzakelijk zijn. Ook weten zij dat onnodig gebruik van antibiotica ze minder werkzaam maakt. Een tiende tot bijna een vijfde (11%-17%) van de respondenten die bij hun huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking, heeft de huisarts toen gevraagd om antibiotica voor te schrijven. Een groter deel hoopte (31%-67%) of verwachtte (40%-85%) toen antibiotica te krijgen voor deze drie aandoeningen. Patiënten die om antibiotica vragen, krijgen vaker antibiotica dan patiënten die dat niet doen. Meer dan de helft van alle respondenten denkt dat het moeilijk is om de huisarts te overtuigen om antibiotica voor te schrijven. Volgens de geïnterviewde huisartsen verschilt de houding ten aanzien van antibiotica sterk tussen patiënten en hebben patiënten over het algemeen (te) hoge verwachtingen van antibiotica.

Wensen van patiënten spelen een rol bij het afwijken van richtlijnen (hoofdstuk 4)

Volgens de geïnterviewde huisartsen spelen bij het voorschrijven van antibiotica wensen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt soms een rol. Soms is er volgens de geïnterviewde huisartsen een spanning tussen de wensen van patiënten en de richtlijnen. Deze spanning proberen zij op te heffen door uitleg en overtuiging. Als dat niet lukt, zeggen zij soms mee te gaan met de wensen van patiënten: ze schrijven dan antibiotica voor terwijl die niet nodig zijn. De rol van patiënten bij het onterecht voorschrijven van antibiotica lijkt vooral te maken te hebben met de behoefte die huisartsen zeggen te hebben om de onderlinge relatie goed te houden en de druk die zij soms vanuit patiënten zeggen te ervaren. Het is de vraag in hoeverre huisartsen volledig op de hoogte zijn van de wensen van hun patiënten. In de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg geven respondenten die bij hun huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking namelijk aan dat in het contact met de huisarts niet altijd over antibiotica is gesproken. Als dat wel gebeurt, vraagt de huisarts volgens patiënten meestal niet naar hun mening. De beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven is volgens de patiënten uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg vooral door de huisarts genomen.

Mogelijkheden voor het verbeteren van voorschrijven van antibiotica

Uit NIVEL Zorgregistraties en de vragenlijst ontstaat de indruk dat het voorschrijven van antibiotica zonder indicatie kan verminderen als huisartsen vaker de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaarden opvolgen. Volgens sommige geïnterviewde huisartsen zouden er minder antibiotica kunnen worden voorgeschreven als artsen meer zouden praten met patiënten. Het blijkt dat patiënten weinig om hun mening over antibiotica wordt gevraagd en dat meebeslissen bij het voorschrijven van antibiotica slechts beperkt plaatsvindt. Het concept van gezamenlijke besluitvorming biedt een framework om de verwachtingen, waarden en voorkeuren van patiënten met betrekking tot antibiotica in kaart te brengen (Davey et al., 2002; Butler et al., 2001). Bij gezamenlijke besluitvorming gaat het om uitwisseling van informatie, zowel van de arts naar de patiënt, als van de patiënt naar de arts. Deze uitwisseling moet leiden tot een gezamenlijk genomen beslissing over diagnostiek, behandeling of zorg (Ouwens et al., 2012). Uit een Cochrane review blijkt dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot het minder voorschrijven van antibiotica voor acute luchtweginfecties in de eerste lijn (Coxeter et al., 2015). Mogelijk kan gezamenlijke besluitvorming bij meer aandoeningen leiden tot het minder voorschrijven van antibiotica.

Methode: combinatie van gegevensbronnen

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

Deze database bevat gegevens die routinematig in de zorg worden verzameld bij verschillende eerstelijns disciplines waaronder ruim 500 huisartsenpraktijken, met 1.7 miljoen ingeschreven patiënten. Met behulp van data uit 2014 bepaalden we hoe vaak huisartsen antibiotica voorschrijven voor volwassenen met aandoeningen uit de NHG-standaarden Acuut hoesten, Acute rhinosinusitis en Urineweginfecties, als daar volgens de NHG-standaard wel, geen of een onzekere indicatie voor is.

Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een vragenlijst afgenomen over hun ervaringen met het voorschrijven van antibiotica door de huisarts en hun wensen en opvattingen over antibiotica. De vragenlijst is naar 2.906 panelleden verstuurd en 1.357 respondenten stuurden een ingevulde vragenlijst terug (respons 47%).

Interviews met patiënten en huisartsen

We hebben veertien patiënten en zestien huisartsen geïnterviewd over hun opvattingen over en hun ervaringen met het voorschrijven van antibiotica. De huisartsen hebben we bovendien gevraagd naar hun mening over NHG-standaarden en redenen om daarvan af te wijken.

Inhoud

Woord vooraf **3**

Samenvatting **4**

1 Inleiding **9**
1.1 Aanleiding 9
1.2 Drie NHG-standaarden onderzocht: Acuut hoesten, Acute rhinosinusitis en Urineweginfecties 10
1.3 Vraagstellingen 11

2 Afwijken van richtlijnen door huisartsen **13**
2.1 Huisartsen schrijven regelmatig antibiotica voor als daar geen of een onzekere indicatie voor is 14
2.2 Volgens patiënten worden aanbevelingen uit de NHG-standaarden wisselend opgevolgd 19
2.3 De geïnterviewde huisartsen zijn overwegend positief over de NHG-standaarden 22
2.4 Conclusies 23

3 Verwachtingen, wensen en opvattingen van patiënten **25**
3.1 Verwachtingen en wensen van patiënten die contact hebben gehad met de huisarts voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking 25
3.2 Verwachtingen en wensen van totale groep respondenten 28
3.3 Conclusies 36

4 Rol van patiënten bij afwijken van richtlijnen **37**
4.1 Wensen van patiënten spelen volgens huisartsen rol bij afwijken van richtlijnen 38
4.2 Verschillende beelden van verwachtingen en wensen van patiënten ten aanzien van behandeling 40

5 Conclusie en beschouwing **51**
5.1 Conclusies en beschouwing 51
5.2 Mogelijkheden voor het verbeteren van voorschrijven van antibiotica 53
5.3 Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek 54
5.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek 55

Literatuur **56**

Bijlagen:

Bijlage 1	Tabellen met resultaten	59
Bijlage 2	Methoden	65
Bijlage 3	Topiclijst interviews huisartsen	72
Bijlage 4	Topiclijst interviews patiënten	77
Bijlage 5	Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg	83
Bijlage 6	Beschrijving indicatoren	98

1 Inleiding

Leeswijzer
In deze inleiding beschrijven we de aanleiding voor dit onderzoek, de onderzoeksvragen en in het kort de onderzoeksmethoden. Hierna volgen drie hoofdstukken (hoofdstuk 2, 3 en 4) waarin we per onderzoeksvraag de belangrijkste uitkomsten presenteren en bespreken. Extra tabellen met uitkomsten zijn opgenomen in bijlage 1. De onderzoeksmethoden staan kort omschreven in box 1.1 en zijn in detail uitgewerkt in bijlage 2. Bijlagen 3, 4, en 5 bevatten respectievelijk de vragenlijst afgenomen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg en de topiclijsten voor de interviews met patiënten en huisartsen. Bijlage 6 bevat de aanbevelingen (met betrekking tot antibiotica voorschrijven) per richtlijn en de vertaling daarvan naar operationalisaties.

1.1 Aanleiding

Er wordt steeds meer nadruk gelegd op het meenemen van voorkeuren en wensen van patiënten bij de keuze voor een behandeling. Een interessante vraag hierbij is wat er gebeurt als de voorkeuren of wensen van patiënten niet overeenkomen met standaarden en richtlijnen. In dit onderzoek hebben we onder andere onderzocht hoe er met dit mogelijke spanningsveld wordt omgegaan. We besteden hierbij specifiek aandacht aan enkele veel voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk en het voorschrijven van antibiotica daarbij.

Het volgen van richtlijnen wordt over het algemeen gezien als indicator voor de kwaliteit van de geleverde zorg (Mainz, 2103). Daarnaast wordt het verlenen van zorg met inachtneming van de voorkeuren van individuele patiënten gezien als een belangrijk aspect van kwalitatief goede zorg (IOM, 2001). Er wordt dan ook steeds meer nadruk gelegd op het meenemen van voorkeuren van patiënten bij de keuze voor een behandeling. Van patiënten wordt verwacht dat zij een actieve rol opnemen in de besluitvorming rondom hun behandeling (Van de Bovenkamp et al., 2010). In Nederland is dit formeel vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

Bovengenoemde aspecten kunnen strijdig met elkaar zijn als de verwachtingen en wensen van een individuele patiënt afwijken van de richtlijn (Greer et al., 2002; Krahn en Naglie, 2008). Het is bekend dat artsen soms afwijken van richtlijnen (De Jong, 2008; Francke et al., 2008), mogelijk omdat de individuele situatie van de patiënt daarom vraagt. Er is al veel bekend over de redenen waarom huisartsen afwijken van richtlijnen (Lugtenberg et al., 2009; Damoiseaux et al., 1998; Baiardini et al., 2009; Cabana et al., 1999). Ook geven huisartsen aan rekening te houden met de voorkeur van de individuele patiënt (Volkers et al., 2006). Wat echter niet bekend is, is wat de rol van patiënten zelf is bij de beslissing van huisartsen om af te wijken van richtlijnen. De rol van patiënten bij de beslissing van huisartsen hangt naar verwachting af van de verwachtingen en wensen van patiënten en van de mate waarin patiënten kunnen en willen meebeslissen. Daarbij hebben ook de huisartsen een rol, bijvoorbeeld in de mate waarin huisartsen rekening houden met de verwachtingen en wensen van patiënten.

In dit onderzoek is voor drie richtlijnen uit de huisartsenzorg (NHG-standaarden) onderzocht welke rol volwassen patiënten spelen bij de beslissing om van richtlijnen af te wijken. We richtten ons op het voorschrijven van antibiotica bij volwassenen, omdat hier veel patiënten bekend mee zullen zijn en patiënten hier vaak een mening over hebben (Hamm et al., 1996, Van Duijn et al., 2006. Tussen 2000 en 2009 was er een toename in voorschrijven van antibiotica door huisartsen. Die toename was vooral fors bij ouderen boven 80 jaar: in 2000 kreeg 9% van hen minimaal 1 antibioticum voorgeschreven, in 2009 was dat 22% (Haeseker, 2012). Vanaf 2008 lijkt het gebruik te stabiliseren, en in 2014 was er voor het eerst een daling in het extramuraal voorschrijven van antibiotica (Roukens, 2015; website NIVEL Zorgregistraties[1]).

Het is bekend dat huisartsen vaak afwijken van richtlijnen bij het voorschrijven van antibiotica (Tell et al., 2015; MacFarlane et al., 1997; Lundkvist et al., 2002; Van Dijk et al., 2011; Van Esch et al., 2016). Het voorschrijven van antibiotica is daarom een geschikt onderwerp om te onderzoeken welke rol de patiënt zelf heeft bij het afwijken van richtlijnen door de huisarts. Er kunnen allerlei redenen zijn waarom huisartsen ervoor kiezen om wel of geen antibiotica voor te schrijven. Deze beslissing kan strijdig zijn met de richtlijn. In dit onderzoek ligt de focus op de rol van patiënten op de beslissing. Het onderzoek gaat alleen over het wel of niet voorschrijven van antibiotica en niet over de soort antibiotica.

Het onderzoek sluit aan bij de beleidslijn van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over antibioticagebruik en de aanpak van antibioticaresistentie. Deze wordt gekenmerkt door een integrale aanpak op alle terreinen waar de gezondheid van mensen wordt bedreigd door antibioticaresistente bacteriën: zorg, dieren, voedsel en milieu. Het zwaartepunt in de aanpak van antibioticaresistentie in Nederland ligt bij de zorg en in de veehouderij. In de zorg wordt de komende 5 jaar gestreefd naar een reductie van minimaal 50% van het gebruik van onjuist voorgeschreven antibiotica[2].

1.2 Drie NHG-standaarden onderzocht: Acuut hoesten, Acute rhinosinusitis en Urineweginfecties

Het afwijken van richtlijnen bij het voorschrijven van antibiotica onderzoeken we voor drie NHG-standaarden: Acuut hoesten, Acute rhinosinusitis en Urineweginfecties. Deze NHG-standaarden hebben met elkaar gemeen dat ze alle drie het voorschrijven van antibiotica bij volwassenen beschrijven. Ook komen de klachten en aandoeningen waarop ze betrekking hebben (hoesten, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking) relatief vaak voor[3]. Bovendien is uit eerder onderzoek bekend dat huisartsen voor acuut hoesten en acute rhinosinusitis (neus-bijholteontsteking) relatief vaak onterecht antibiotica voorschrijven (NHG-standaard Acuut hoesten, 2013; NHG-standaard Acute rhinosinusitis, 2014; Broek d'Obrenan et al., 2014, Cals et al., 2008; Coenen et al., 2013, Dekker et al., 2015; Van Duijn et al., 2007; Reinders, 2016; Roukens et al., 2015; Van Esch et al., 2016). Bij urineweginfecties (blaasontsteking) is sprake van een toename in antibioticavoor-

1 http://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgverlener/huisarts/prescripties/aantal-pati%C3%ABnten
2 https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/antibioticaresistentie/documenten/kamerstukken/2015/06/24/kamerbrief-over-aanpak-antibioticaresistentie
3 http://www.nivel.nl/nl/NZR/incidenties-en-prevalenties

schriften, terwijl pijnmedicatie onvoldoende wordt ingezet (NHG-standaard Urineweginfecties, 2013; Broek d'Obrenan et al., 2014; Roukens et al., 2015; Willems et al., 2014).

In dit rapport gebruiken we, naast de officiële namen van de NHG-standaarden, de termen ´hoesten´, ´neus-bijholteontsteking´ en ´blaasontsteking´ om de bijbehorende klachten en aandoeningen aan te duiden.

1.3 Vraagstellingen

In dit onderzoek beantwoorden we de volgende hoofdvraag:

Welke rol spelen patiënten bij het niet-conform de richtlijnen voorschrijven van antibiotica door huisartsen?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zullen de volgende deelvragen beantwoord worden:

1. *In hoeverre wijken huisartsen af van richtlijnen bij het voorschrijven van antibiotica?*
2. *Wat zijn de verwachtingen, wensen en opvattingen van patiënten met betrekking tot antibiotica?*
3. *Hoe zien huisartsen de rol van patiënten bij een beslissing waarbij wordt afgeweken van de richtlijn?*
4. *In hoeverre zeggen patiënten dat ze invloed hebben op het voorschrijven van antibiotica?*

Box 1.1 Korte beschrijving van de methoden. Zie bijlage 2 voor een uitgebreide omschrijving

Analyse van huisartsregistraties

Databron

De mate van afwijken van richtlijnen is bepaald op basis van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Deze bevat gegevens die routinematig in de zorg worden verzameld bij verschillende eerstelijnsdisciplines waaronder ruim 500 huisartsenpraktijken, met 1,7 miljoen ingeschreven patiënten en 28 organisaties van huisartsenposten, met een verzorgingsgebied van ruim 11 miljoen inwoners. De gegevens uit NIVEL Zorgregistraties zijn representatief voor de Nederlandse patiënt- en huisartspopulatie (www.nivel.nl/ zorgregistraties-eerstelijn). De praktijken zijn verspreid over het land. We hebben gegevens uit 2014 gebruikt (geneesmiddelvoorschriften, huisartscontacten, morbiditeitsgegevens en patiëntkenmerken).

Operationalisaties

De NHG-Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zijn gebruikt om te bepalen of huisartsen de richtlijnen volgen als het gaat om het wel of niet voorschrijven van antibiotica. Op basis van deze richtlijnen zijn operationalisaties opgesteld voor:

1. situaties waarin antibiotica niet geïndiceerd zijn (bijvoorbeeld bij volwassen patiënten die verder gezond zijn);
2. situaties waarin het onzeker is of antibiotica geïndiceerd zijn (bijvoorbeeld bij patiënten met een verminderde weerstand);
3. situaties waarin antibiotica wel geïndiceerd zijn (bijvoorbeeld blaasontsteking bij mannen).

- box 1.1 wordt vervolgd -

- vervolg box 1.1 -

De precieze beschrijving van deze operationalisaties staat in bijlage 6. Niet alle omstandigheden die in de standaarden omschreven worden, konden we operationaliseren. Zo zijn bij sommige aandoeningen antibiotica geïndiceerd als iemand ernstig ziek is of meerdere dagen koorts heeft. Dit is niet uit de data te achterhalen, waardoor in een deel van de situaties die hier beoordeeld zijn als 'antibiotica niet geïndiceerd', er toch een indicatie zal zijn geweest.

Berekenen percentages antibioticavoorschriften

Met behulp van de operationalisaties zijn per aandoening drie percentages berekend: het percentage patiënten dat antibiotica voorgeschreven kreeg terwijl daar geen/een onzekere/een zekere indicatie voor was. Deze percentages zijn modelschattingen uit multilevel logistische regressieanalyses waarmee gecorrigeerd is voor clustering binnen praktijken. De betrouwbaarheid van deze uitkomsten hangt af van de registratienauwkeurigheid van de huisartsen. Er zal daarom altijd sprake zijn van een bepaalde hoeveelheid ruis.

Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een vragenlijst afgenomen over hun ervaringen met het voorschrijven van antibiotica door de huisarts en hun wensen en opvattingen over antibiotica. De vragenlijst is in totaal naar 2.906 panelleden verstuurd, 1.357 respondenten stuurden een ingevulde vragenlijst terug (respons 47%).

Interviews met patiënten en huisartsen

We hebben veertien patiënten en zestien huisartsen geïnterviewd over hun opvattingen over en hun ervaringen met het voorschrijven van antibiotica. De huisartsen hebben we bovendien gevraagd naar hun mening over NHG-standaarden en redenen om daarvan af te wijken.

2 Afwijken van richtlijnen door huisartsen

In dit hoofdstuk beantwoorden we deelvraag 1. Deze luidt: *In hoeverre wijken huisartsen af van richtlijnen bij het voorschrijven van antibiotica?*

Hierbij gebruiken we gegevens uit NIVEL Zorgregistraties, gegevens van de vragenlijst afgenomen onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en gegevens uit de interviews met huisartsen. In paragraaf 2.1 presenteren we voorschrijfpercentages voor antibiotica op basis van analyses van NIVEL Zorgregistraties. In paragraaf 2.2 beschrijven we in hoeverre huisartsen de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de richtlijnen volgens de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg opvolgen. In paragraaf 2.3 bespreken we ten slotte de mening van de geïnterviewde huisartsen over de NHG-standaarden.

Belangrijkste resultaten

* Uit analyses van NIVEL Zorgregistraties blijkt dat huisartsen regelmatig antibiotica voorschrijven als daar volgens de NHG-standaard geen of een onzekere indicatie voor is. Uit de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg leiden we af dat artsen de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaarden wisselend opvolgen.
* Voor ***Acuut hoesten*** worden regelmatig (7% tot 52% voor verschillende klachten/diagnoses) antibiotica voorgeschreven als daar volgens de NHG-standaard geen indicatie voor is, blijkt uit analyse van NIVEL Zorgregistraties. Volgens respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg volgen huisartsen de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaard beperkt op (15% tot 42% voor verschillende aanbevelingen). Een deel van de geïnterviewde huisartsen geeft aan de CRP-test te gebruiken om te bepalen of ze antibiotica voorschrijven bij hoesten.
* Percentages antibioticavoorschriften zonder indicatie volgens de NHG-standaard voor ***Acute rhinosinusitis*** zijn aanzienlijk (46% bij acute/chronische sinusitis), maar lager dan bij Acuut hoesten, blijkt uit NIVEL Zorgregistraties. Respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg geven voor de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit deze NHG-standaard aan dat huisartsen deze meestal wel opvolgen (48% tot 75% voor verschillende aanbevelingen).
* Voor ***Urineweginfecties*** krijgt het grootste deel (66% tot 72%) van de patiënten antibiotica voorgeschreven, ongeacht of daar volgens de NHG-standaard een onzekere of een zekere indicatie voor is, blijkt uit NIVEL Zorgregistraties. Volgens de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg leggen huisartsen zelden uit dat een blaasontsteking vanzelf over kan gaan (12%). Sommige geïnterviewde huisartsen zeggen het voorschrijven vooral van de klachten af te laten hangen, andere geïnterviewde huisartsen zeggen alleen voor te schrijven bij een positieve test.
* Voorschrijfpercentages voor antibiotica variëren voor alle drie de NHG-standaarden sterk tussen praktijken. Mogelijk hangt dit samen met de houding van huisartsen ten aanzien van antibiotica, die volgens eigen zeggen varieert van ‘terughoudend´ tot ‘ik schrijf te vaak voor’. De meeste geïnterviewde huisartsen vinden dat er minder antibiotica zouden moeten worden voorgeschreven.

2.1 Huisartsen schrijven regelmatig antibiotica voor als daar geen of een onzekere indicatie voor is

In NIVEL Zorgregistraties is vastgesteld voor welke episodes (klachtenperiodes) antibiotica geïndiceerd zijn, of dat een indicatie voor voorschrijven onzeker is (zie tabel B1.1 in bijlage 1). Hiervoor zijn de aanbevelingen uit de NHG-standaarden gebruikt, zoals uitgebreid omschreven in bijlage 6 en kort in box 2.1. Vervolgens is bepaald in hoeverre huisartsen daadwerkelijk antibiotica hebben voorgeschreven. In figuur 2.1 is met de rode balken weergegeven in welk percentage van de episodes waar het voorschrijven **zeker niet** geïndiceerd was, toch antibiotica zijn voorgeschreven. Ook is gekeken in welk percentage van de episodes waarvoor het **onzeker** was of antibiotica geïndiceerd waren, huisartsen antibiotica voorschreven (figuur 2.1, blauwe balken). Ten slotte laat de figuur zien hoe vaak bij een **zekere** indicatie voor antibiotica deze ook daadwerkelijk zijn voorgeschreven (groene balken).

Box 2.1 Registraties en antibiotica-indicaties bij de NHG-standaarden

NHG-standaard Acuut hoesten

Bij patiënten die zich melden met hoestklachten kunnen huisartsen verschillende aandoeningen registreren: hoesten, kinkhoest, acute laryngitis/tracheitis, acute bronchitis-bronchiolitis en pneumonie. Hiervan zijn alleen bij pneumonie volgens de NHG-Standaard voor alle patiënten antibiotica geïndiceerd. Voor de andere aandoeningen zijn antibiotica alleen geïndiceerd voor patiënten met sterk verhoogde CRP-waarden[4], of worden zij ter overweging genoemd bij patiënten met risicofactoren. Op basis van CRP-waarden en de risicofactoren uit de NHG-standaard (met name comorbiditeit en leeftijd) kan dus de indicatie voor antibiotica (geen, onzeker of wel) bepaald worden. Alle hiervoor benodigde gegevens zijn beschikbaar in NIVEL Zorgregistraties.

NHG-standaard Acute rhinosinusitis

Huisartscontacten in verband met acute rhinosinusitis worden geregistreerd als symptomen/klachten sinussen en acute/chronische sinusitis. Volgens de NHG-standaard worden hier in principe geen antibiotica voor gegeven, tenzij patiënten ernstig ziek zijn. De indicatie voor antibiotica is onzeker bij patiënten met verminderde afweer en voor patiënten met langdurige of terugkerende koorts. Vanuit NIVEL Zorgregistraties kan de indicatie voor antibiotica bepaald worden op basis van (schatting van) verminderde afweer. Ernstig ziek zijn en langdurige of terugkerende koorts kunnen niet op basis van NIVEL Zorgregistraties bepaald worden.

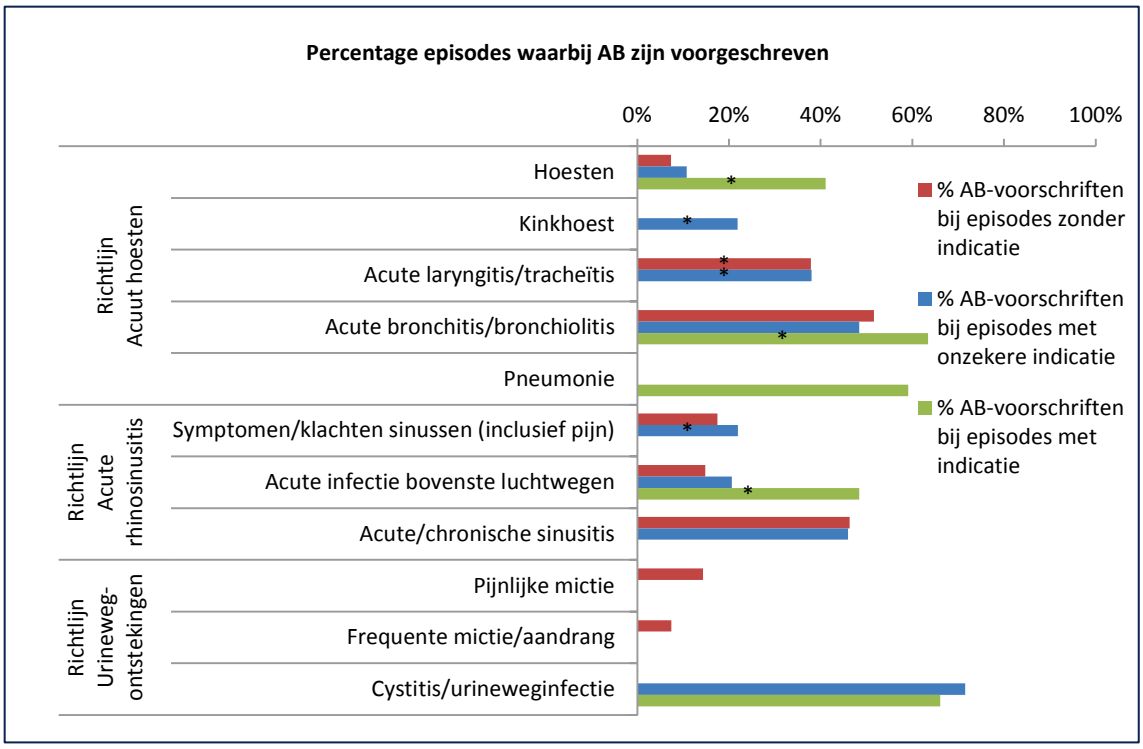
NHG-standaard Urineweginfecties

Huisartscontacten in verband met urineweginfecties worden geregistreerd als pijnlijke mictie, frequente mictie/aandrang en cystitis/urineweginfectie. Volgens de NHG-standaard komen alleen patiënten met vastgestelde cystitis in aanmerking voor antibiotica. Bij pijnlijke mictie en frequentie mictie/aandrang zijn antibiotica dus niet geïndiceerd. Bij gezonde, volwassen, niet-zwangere vrouwen kan ervoor gekozen worden antibiotica voor te schrijven; de indicatie voor antibiotica is voor deze groep onzeker. Bij mannen, zwangere vrouwen, en vrouwen met verminderde weerstand of relevante comorbiditeit zijn antibiotica altijd geïndiceerd. Alle hiervoor benodigde gegevens zijn beschikbaar in NIVEL Zorgregistraties.

[4] CRP: C-reactief proteïne. Hoe hoger het CRP-gehalte, des te ernstiger de ontsteking.

In figuur 2.1 valt op dat de percentages voorschrijven van antibiotica bij episoden zonder indicatie (rode balken) voor sommige aandoeningen ongeveer gelijk of zelfs iets hoger zijn dan bij episoden (van diezelfde aandoening) met een onzekere indicatie (blauwe balken). Dit kan betekenen dat ernstig ziek zijn en koorts (die niet geoperationaliseerd konden worden), en wellicht andere omstandigheden die niet in de standaarden genoemd worden, een grote invloed hebben op het voorschrijven van antibiotica. Mogelijk is de invloed van dit soort omstandigheden groter dan die van de omstandigheden die wel geoperationaliseerd konden worden (bijvoorbeeld leeftijd en verminderde weerstand). Verder zien we dat de percentages voorschrijven van antibiotica bij episoden met indicatie (groene balken) flink lager zijn dan 100%.

*Figuur 2.1 Het percentage episodes waarbij antibiotica voorgeschreven zijn, per aandoening, van de episodes zonder indicatie voor antibiotica (rood), van de episodes met onzekere indicatie voor antibiotica (blauw) en van de episodes met indicatie voor antibiotica (groen). Indicaties zijn bepaald op basis van registratiedata. Een * betekent dat het percentage niet gecorrigeerd is voor clustering binnen praktijken, omdat het aantal episodes daarvoor te klein was. Zie Box 2.2 voor een toelichting op enkele voorbeelden*



Bron: NIVEL Zorgregistraties 2014

Box 2.2 Twee voorbeelden bij figuur 2.1: hoesten en pijnlijke mictie

Hoesten

Uit tabel B1.1 (in bijlage 1) weten we dat bij 55% van de episodes ***hoesten*** (23.801 episodes) antibiotica volgens de NHG-standaard en op basis van NIVEL Zorgregistraties niet geïndiceerd zijn. In figuur 2.1 is te zien dat bij 7% van deze episodes toch antibiotica worden voorgeschreven (rode balk). Dit percentage varieert tussen praktijken van 2% tot 27% (tabel B1.2). Bij episodes met een onzekere indicatie voor antibiotica (45%, 19.210 episodes, tabel B1.1) is het percentage voorschriften voor antibiotica iets hoger, namelijk 11% (blauwe balk). De spreiding tussen praktijken is hier 3% tot 29% (tabel B1.2). De groene balk in figuur 2.1 laat zien dat bij een indicatie voor antibiotica (0%, 129 episodes, tabel B1.1) in 41% van de gevallen antibiotica zijn voorgeschreven. Vanwege het kleine aantal episodes is dit percentage niet gecorrigeerd voor clustering binnen praktijken en is geen praktijkvariatie berekend.

Pijnlijke mictie

Voor ***pijnlijke mictie*** zijn antibiotica nooit geïndiceerd. In figuur 2.1 zien we hierbij daarom alleen een rode balk. Deze laat zien dat in 7% van de gevallen (6.229 episodes, tabel B1.1) toch antibiotica zijn voorgeschreven. Tussen praktijken varieert dit van 2% tot 21% (tabel B1.2).

2.1.1 Voorschrijfpercentages antibiotica verschillen sterk tussen huisartsenpraktijken

Tabel B1.2 in bijlage 1 toont behalve de percentages uit figuur 2.1 ook de praktijkvariaties: het interval waarbinnen de voorschrijfpercentages van 95% van de praktijken waarschijnlijk liggen. Deze tabel laat zien dat voor vrijwel alle aandoeningen de praktijkvariatie groot is. Het interval is het kleinst voor frequente mictie/aandrang, namelijk 2%-21%, en het grootst voor acute bronchitis/bronchiolitis, namelijk 18-84%. Dit betekent dat in sommige praktijken vaker antibiotica worden voorgeschreven dan in andere praktijken, ook na correctie voor leeftijd en geslacht. Behalve van verschillen in voorschrijfgedrag zullen de verschillen tussen praktijken deels het gevolg zijn van verschillen in registratiegedrag. Zo kan het zijn dat als iemand klachten heeft die bij een blaasontsteking passen, maar bij wie de test geen blaasontsteking aantoont, de ene huisarts 'pijnlijke mictie' registreert en de andere huisarts 'cystitis/urineweginfectie'. Dit soort verschillen is van invloed op de voorschrijfpercentages antibiotica per aandoening.

Verschillen in voorschrijfpercentages tussen praktijken hangen mogelijk ook samen met de houding van huisartsen ten aanzien van antibiotica. Sommige geïnterviewde huisartsen omschrijven hun houding ten aanzien van antibiotica expliciet als terughoudend, kritisch of streng of zijn van mening minder dan gemiddeld antibiotica voor te schrijven. Andere geïnterviewde huisartsen geven aan te vaak antibiotica voor te schrijven: meer dan gemiddeld of meer dan volgens de NHG-standaarden gerechtvaardigd is. In deze beleving van de huisartsen spelen de wensen van patiënten daarbij een belangrijke rol; de huisartsen gebruiken hierbij termen als 'discussie', 'gezeik', 'afgedwongen', 'druk', 'dwang', 'conflicten', 'ontsnappingsweg' en 'defensieve geneeskunde'.

> *"Uiterst kritisch. Ik schrijf alleen antibiotica voor in geval van een aanwijsbare bacteriële infectie, waarvan ik weet dat die dus niet vanzelf over zal gaan."* (geïnterviewde huisarts nr. 10)

> *"Dat je soms dwang ervaart van mensen, ik wil toch een antibioticum, terwijl je medisch zegt, het is eigenlijk niet nodig."* (geïnterviewde huisarts nr. 3)

Sommige geïnterviewde huisartsen geven aan dat op de huisartsenpost sneller antibiotica voorgeschreven worden, zowel door andere huisartsen als door henzelf. Uit eerder onderzoek (Van Esch et al., 2016) blijkt inderdaad dat onterecht voorschrijven van antibiotica op huisartsenposten iets meer voorkomt dan in de huisartsen-dagzorg.

> *"Op de huisartsenpost komt het gewoon veel meer voor. Ik weet dat ik daar laagdrempeliger ben."* (geïnterviewde huisarts nr. 7)

Een deel van de geïnterviewde huisartsen zegt terughoudend of restrictief te zijn met antibiotica, maar noemt vervolgens vooral argumenten waarom ze toch antibiotica voorschrijven. Anderen geven aan misschien wel te veel antibiotica voor te schrijven, maar nuanceren dat direct door te verwijzen naar andere artsen (in binnen- of buitenland) die nog meer voorschrijven. Wat betreft ontwikkeling van hun voorschrijfgedrag met betrekking tot antibiotica in de tijd zeggen sommige geïnterviewde huisartsen dat ze terughoudender zijn geworden; anderen vinden echter dat zij zelf juist soepeler zijn geworden.

> *"Vergeleken met vroeger schrijf ik nu minder antibiotica voor."* (geïnterviewde huisarts nr. 5)

> *"Vroeger was het wel, dan zei ik, het is echt een virus, u krijgt het absoluut niet. Maar ja goed, dat gaf weer conflicten, dus ik heb nu een andere benadering van, u mag het hebben, maar ik denk niet dat ze helpen."* (geïnterviewde huisarts nr. 3)

Daarnaast spelen ook de wensen, voorkeuren en omstandigheden (bijvoorbeeld werk, of kleine kinderen thuis) van patiënten voor sommige geïnterviewde huisartsen een rol, vooral als de medische indicatie voor wel of geen antibiotica niet duidelijk is. In hoofdstuk 4 gaan we hier dieper op in.

2.1.2 Percentages antibioticavoorschriften bij de NHG-standaard Acuut hoesten

Bij aandoeningen die binnen de NHG-standaard Acuut Hoesten vallen, schrijven huisartsen regelmatig antibiotica voor als daar volgens de NHG-standaard geen indicatie voor is. Dit varieert van 7% bij hoesten tot respectievelijk 38% en 52% bij acute laryngitis/tracheitis en acute bronchitis/bronchiolitis (figuur 2.1). Bij acute bronchitis/bronchiolitis is de spreiding tussen huisartsenpraktijken bovendien opvallend groot (tabel B1.2, 18% - 84%). Sommige huisartsen schrijven dus veel vaker dan anderen antibiotica voor bij aandoeningen als daar geen indicatie voor is, ook na correctie voor leeftijd en geslacht. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat een deel van de huisartsen zegt bij hoesten de CRP-test te gebruiken om te bepalen of ze antibiotica voorschrijven. Doordat de CRP-test een getal biedt, kan deze het beleid van de huisarts ten aanzien van het voorschrijven van antibiotica, ondersteunen. Mogelijk worden in praktijken waar de CRP-test consequent gebruikt wordt minder antibiotica voorgeschreven dan in andere praktijken.

> *"Ik was, ik denk inmiddels vier jaar geleden, zo blij toen wij het CRP-apparaat hier kregen, waarmee wij dus als mensen flink aan het hoesten zijn nu een CRP meten en ik dus tamelijk zwart of wit met een getal kan aangeven van wel of geen antibiotica. En dat is geweldig!"* (geïnterviewde huisarts nr. 8)

2.1.3 Percentages antibioticavoorschriften bij de NHG-standaard Acute rhinosinusitis

Het percentage antibioticavoorschriften zonder indicatie varieert voor aandoeningen uit de NHG-standaard Acute rhinosinusitis van 21% bij acute infectie bovenste luchtwegen tot 46% bij acute/chronische sinusitis (figuur 2.1). Hierbij moet opgemerkt worden dat antibiotica wel geïndiceerd zijn bij ernstige zieke patiënten en bij patiënten met langdurige of terugkerende koorts. Doordat deze omstandigheden niet op basis van NIVEL Zorgregistraties bepaald kunnen worden, zijn bovengenoemde percentages mogelijk overschattingen. De spreiding tussen praktijken bij acute/chronische sinusitis is aanzienlijk (22% - 73%, tabel B1.2), maar kleiner dan bij de aandoeningen uit de NHG-standaard Acuut hoesten. Een deel van de geïnterviewde huisartsen zegt bij neus-bijholteontsteking het voorschrijven van antibiotica af te laten hangen van de ernst en de duur van ziek zijn. Ook vertellen sommige huisartsen eerst neusspray te adviseren voordat zij eventueel antibiotica voorschrijven.

> *"In principe geen antibioticum. Dan houd ik me weer een beetje vast aan de standaard - als mensen na vier weken nog steeds toch klachten hebben of echt wezenlijk ziek zijn, met een forse sinusitis, dan neem ik het wel in overweging."* (geïnterviewde huisarts nr. 15)

> *"… is dat ik tot vijf dagen in principe aankijk, waarin ik vind dat ze met een neusspray moeten werken. […] Helpt het ze niet na vijf dagen, en dan kun je nog een beetje kijken hoe het weekend valt, dan geef ik ze doxycycline."* (geïnterviewde huisarts nr. 8)

2.1.4 Percentages antibioticavoorschriften bij de NHG-standaard Urineweginfecties

Bij pijnlijke of frequente mictie schrijven huisartsen soms antibiotica voor (respectievelijk 14% en 7%, figuur 2.1) als daar geen indicatie voor is. Bij urinewegontsteking (blaasontsteking) valt op dat patiënten uit risicogroepen met een zekere indicatie niet vaker antibiotica voorgeschreven krijgen (66%) dan patiënten zonder risicofactoren, met een onzekere indicatie (72%). De spreiding tussen praktijken is voor deze beide groepen ongeveer even groot (ongeveer 30 procentpunt, tabel B1.2). Spreiding tussen praktijken kan mogelijk verklaard worden uit verschillende overwegingen die de geïnterviewde huisartsen noemen voor het voorschrijven van antibiotica bij blaasontsteking: sommige huisartsen zeggen het voorschrijven van antibiotica vooral van de klachten af te laten hangen, ongeacht de uitslag van de urinetest, terwijl andere huisartsen zeggen alleen voor te schrijven bij een positieve test.

> *"Maar wel bewezen blaasontsteking. In principe geven wij nooit ongezien een kuur, als we geen plasje gezien hebben."* (geïnterviewde huisarts nr. 7)

> *"En zeker bij vrouwen, ga je natuurlijk, als de klachten herkend worden en men er veel last van heeft, maar je kan daar in een urineonderzoek niks bijzonders vinden, toch wel heel duidelijk overwegen om wel te behandelen."* (geïnterviewde huisarts nr. 1)

2.1.5 De meeste geïnterviewde huisartsen vinden dat er minder antibiotica moeten worden voorgeschreven

We hebben de huisartsen gevraagd naar de mogelijkheden die zij zien voor verbetering van het voorschrijven van antibiotica en voor de behandeling van hoesten, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking. Opvallend is dat de meeste geïnterviewde huisartsen aangeven dat ze vinden dat

er minder antibiotica zouden moeten worden voorgeschreven. Diverse huisartsen geven aan de CRP-test actief in te zetten in de communicatie met patiënten.

Verder noemen de huisartsen een brede variëteit aan verbeteropties. Minder antibiotica voorschrijven zou volgens sommige van de geïnterviewde huisartsen kunnen als artsen meer zouden praten met patiënten of als het afgedwongen zou worden door zorgverzekeraars. Ook geven enkele huisartsen aan dat behandeling voor deze aandoeningen meestal niet nodig is, en dat het zou helpen als patiënten beter zouden accepteren dat ze even ziek zijn. Vooral op de huisartsenpost zou volgens sommige huisartsen veel winst te behalen zijn wat betreft het minder voorschrijven van antibiotica. Voor blaasontsteking zou minder antibiotica kunnen worden voorgeschreven als deze beter (goedkoper) zou kunnen worden aangetoond, als huisartsen eerst andere behandeladviezen zouden geven en uiteindelijk als patiënten wennen aan dat er minder antibiotica voorgeschreven worden. Voor neus-bijholteontsteking zouden minder antibiotica kunnen worden voorgeschreven als huisartsen zich beter aan de NHG-standaard zouden houden, bijvoorbeeld door een bijscholing, of als patiënten daarin beter worden opgevoed, bijvoorbeeld door voorlichting. Wat betreft hoesten wordt genoemd dat de behandeling zou kunnen verbeteren als er een hoestdempend middel zonder bijwerkingen zou bestaan.

> *"Kijk, als er een simpele antivirale therapie zou zijn, die voor al die virusinfecties zou helpen, dan zou natuurlijk het verhaal wel heel anders worden."* (geïnterviewde huisarts nr. 2)

> *"Voorlichting naar patiënten en collega's dat ze op de een of andere manier afgerekend worden op hun overmatige antibiotica-voorschrijverij."* (geïnterviewde huisarts nr. 3)

> *"Kijk, als je op de huisartsenpost voor elke patiënt twintig minuten krijgt dan kun je daar een hoop winst behalen. En ik weet zeker dat er op de huisartsenpost veel meer antibiotica wordt voorgeschreven dan in de huisartsenpraktijk."* (geïnterviewde huisarts nr. 11)

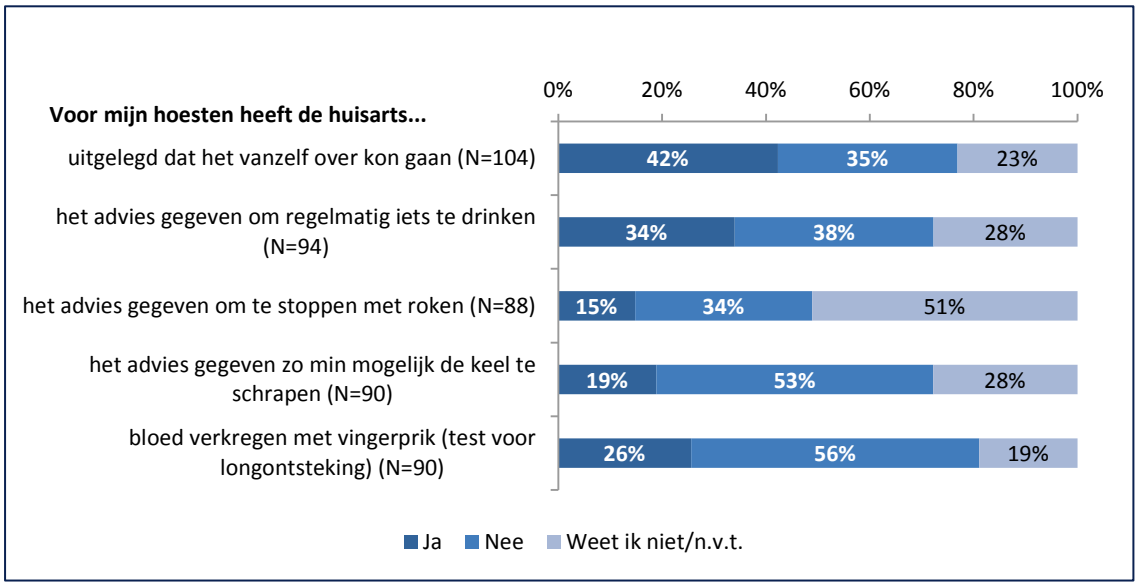
2.2 Volgens patiënten worden aanbevelingen uit de NHG-standaarden wisselend opgevolgd

In de NHG-standaarden staan behalve aanbevelingen over antibiotica, ook aanbevelingen voor niet-medicamenteuze behandeling, zoals voorlichting en advies. Aan de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die in 2015 contact hebben gehad met de huisarts voor hoesten, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking zijn deze adviezen voorgelegd. Hieruit bleek dat volgens patiënten de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaard Acuut hoesten beperkt opgevolgd worden (19-42%, zie figuur 2.2). Niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaard Acute rhinosinusitis worden beter opgevolgd volgens de patiënten (48-75%, zie figuur 2.3), terwijl van de adviezen uit de NHG-standaard Urineweginfecties sommige nauwelijks (12%) en andere vaak (77%) worden opgevolgd (zie figuur 2.4).

2.2.1 Volgens patiënten worden aanbevelingen uit de NHG-standaard Acuut hoesten beperkt opgevolgd

Uit figuur 2.2 blijkt dat niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaard Acuut hoesten beperkt worden opgevolgd. Iets meer dan vier op de tien patiënten (42%) van het Consumentenpanel Gezondheidszorg geeft aan dat de huisarts bij hoesten heeft uitgelegd dat het vanzelf over kon gaan. Vijftien procent geeft aan dat de huisarts het advies heeft gegeven om te stoppen met roken. Bij iets meer dan een kwart (26%) heeft de huisarts bloed verkregen voor een vingerprik om te testen op longontsteking. Vijfenveertig procent geeft aan antibiotica te hebben gekregen voor hoesten. Dat is meer dan uit NIVEL Zorgregistraties volgt voor 'hoesten' (zie figuur 2.1). Waarschijnlijk worden klachten en aandoeningen die patiënten als hoesten beschrijven ook geregistreerd als bijvoorbeeld acute/laryngitis tracheïtis en acute bronchitis, waar voorschrijfpercentages volgens NIVEL Zorgregistraties hoger zijn (figuur 2.1).

Figuur 2.2 Niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaard Acuut hoesten en de mate van opvolgen volgens patiënten (zie voor de exacte vraagstelling de vragenlijst in bijlage 5)

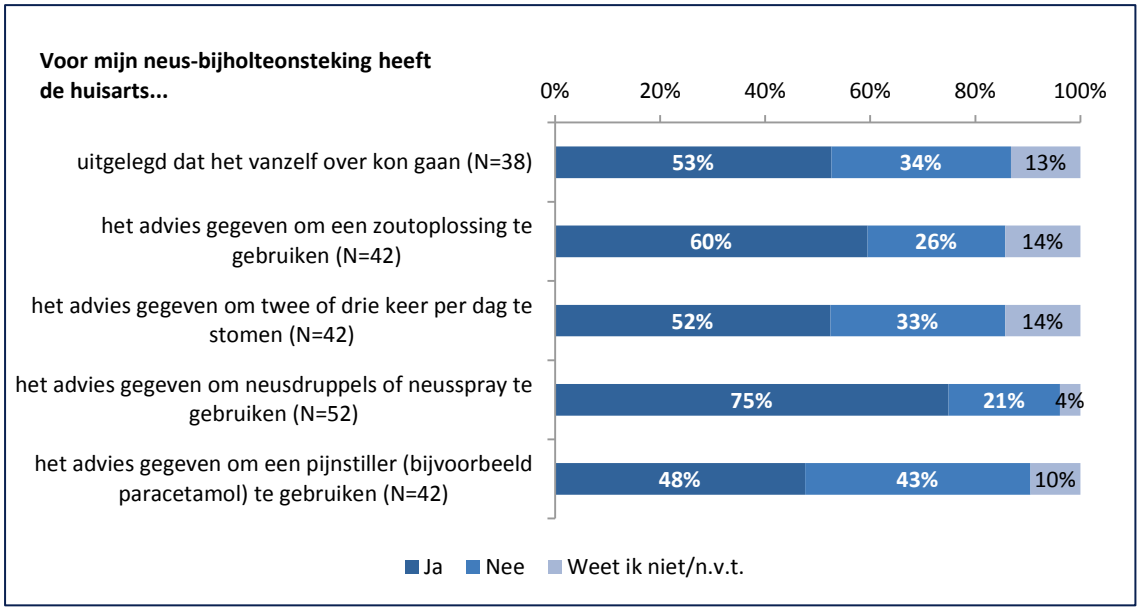


Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

2.2.2 Aanbevelingen uit de NHG-standaard Acute rhinosinusitis worden volgens patiënten regelmatig opgevolgd

De niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaard Acute rhinosinusitis worden volgens de patiënten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg in de meeste gevallen opgevolgd, zie figuur 2.3. Driekwart (75%) van de patiënten geeft aan dat de huisarts heeft geadviseerd om neusdruppels of een neusspray te gebruiken bij neus-bijholteonsteking. Ruim de helft (53%) geeft aan dat de huisarts heeft uitgelegd dat het vanzelf over kon gaan, het advies gegeven om een zoutoplossing te gebruiken (60%), of het advies gegeven om twee of drie keer per dag te stomen (52%). Iets meer dan een derde geeft aan voor neus-bijholteontsteking antibiotica voorgeschreven te hebben gekregen (37%).

Figuur 2.3 Niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaard Acute rhinosinusitis en de mate van opvolgen volgens patiënten (zie voor de exacte vraagstelling de vragenlijst in bijlage 5)

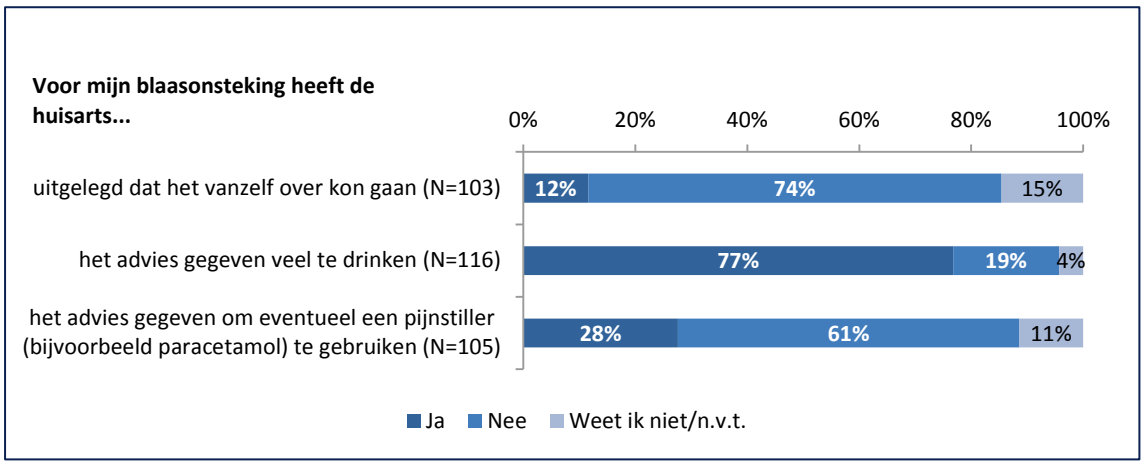


Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

2.2.3 Mate van opvolgen van aanbevelingen uit de NHG-standaard Urineweginfecties loopt uiteen volgens patiënten

De mate waarin niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaard Urineweginfecties worden opgevolgd, loopt uiteen. Uit figuur 2.4 blijkt dat ruim driekwart (77%) van de patiënten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg het advies heeft gekregen om veel te drinken bij blaasontsteking. Ruim een kwart (28%) geeft aan dat de huisarts heeft geadviseerd om eventueel een pijnstiller te gebruiken. Daarentegen geeft 12% aan dat de huisarts heeft uitgelegd dat het vanzelf over kon gaan. Het merendeel (81%) geeft aan antibiotica te hebben gehad voor blaasontsteking.

Figuur 2.4 Niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaard Urineweginfecties en de mate van opvolgen volgens patiënten (zie voor de exacte vraagstelling de vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

2.3 De geïnterviewde huisartsen zijn overwegend positief over de NHG-standaarden

In het algemeen vinden de geïnterviewde huisartsen het goed dat er richtlijnen in de vorm van NHG-standaarden zijn; ze beschouwen deze als een kapstok, kader, structuur, referentiekader, leidraad, handvat of naslagwerk. Richtlijnen kunnen ook ondersteunend zijn en houvast bieden tijdens consulten met patiënten. Daarnaast wordt genoemd dat ze nuttig zijn om het eigen handelen te toetsen, elkaar scherp te houden en eenduidigheid in het handelen te bevorderen.

> *"En ik vond het heerlijk, want eindelijk een kapstok en een soort houvast."* (geïnterviewde huisarts nr. 2)

> *"Het is wel goed om een referentiekader te hebben, ook om elkaar scherp te houden."* (geïnterviewde huisarts nr. 6)

Een deel van de geïnterviewde huisartsen ervaart de NHG-standaarden niet zozeer als sturend, maar meer als adviserend of richtinggevend en daarmee als ondersteunend; er zijn mogelijkheden om er gemotiveerd van af te wijken.

> *"Ik vind ze adviserend. En ook wel verhelderend. Dus sturend dat vind ik wat te dwingerig klinken."* (geïnterviewde huisarts nr. 4)

Er zijn ook huisartsen die de NHG-standaarden wel als sturend ervaren in de zin dat je er als huisarts op afgerekend kunt worden. Sommigen van hen wijzen bijvoorbeeld op het tuchtrecht, waar de standaarden een belangrijke rol in spelen. Ook de ketenzorg wordt in dit kader genoemd; financiering daarvan vindt deels plaats op basis van normen die uit de NHG-standaarden zijn afgeleid.

> *"Wij worden afgerekend door onze ketenorganisatie op het bereiken van een aantal targets en die zijn afgeleid uit de standaard."* (geïnterviewde huisarts nr. 10)

De geïnterviewde huisartsen verschillen van mening over de praktische bruikbaarheid van de NHG-standaarden en het belang dat zij hechten aan het opvolgen daarvan. Een deel van de huisartsen is heel positief en zegt deze zoveel mogelijk op te volgen. Anderen zijn op zich positief, maar vinden de NHG-standaarden niet altijd praktisch toepasbaar gezien de individuele omstandigheden van patiënten, de beschikbare tijd en middelen of door afwijkende regionale afspraken. Daarnaast vinden sommige huisartsen het lastig om de veranderingen in NHG-standaarden bij te houden en hun eigen gedrag daaraan aan te passen. Enkele huisartsen zijn uitgesproken negatief over de NHG-standaarden; zij zeggen deze niet op te volgen, maar hun eigen ervaring als leidraad in hun werk te nemen.

> *"Ik probeer zo veel mogelijk ermee te werken en ook uit te voeren en uit te dragen. [...] Over het algemeen volg ik ze wel op."* (geïnterviewde huisarts nr. 3)

“Ook hoe praktisch sommige dingen zijn. [...] Allerlei dingen die je zelf zou kunnen doen als je de mogelijkheden en de middelen had. Maar die heb je dan niet altijd. Ik heb geen spleetlamp bijvoorbeeld.” (geïnterviewde huisarts nr. 1)

“Er zijn ook wel eens dingen waarvan wij regionaal bijvoorbeeld onderbouwd afwijken. Vaak proberen we de NHG-standaarden wel in in te passen, maar soms maak je net een andere voorkeur, maar dat is dan vaak ook wel goed onderbouwd door nascholing” (geïnterviewde huisarts nr. 13)

“Ik vind wel - het zijn er intussen ruim honderd-, dus het is heel wat leeswerk en leerwerk om dat te leren en bij te houden.” (geïnterviewde huisarts nr. 9).

“Er zijn wel nieuwe versies voor standaarden, die krijg ik dan en die gaan in een mapje bij wijze van spreken, en daar kijk ik niet eens naar.” (geïnterviewde huisarts nr. 2).

2.4 Conclusies

In dit hoofdstuk onderzochten we in hoeverre huisartsen afwijken van richtlijnen bij het voorschrijven van antibiotica. We richtten ons hierbij op de NHG-standaarden Acuut hoesten, Acute rhinosinusitis en Urineweginfecties. Deze drie standaarden bevatten, behalve adviezen wat betreft antibiotica, ook niet-medicamenteuze aanbevelingen voor de behandeling van deze aandoeningen, zoals voorlichting en advies of het afnemen van een CRP-test. Voor hoesten en neus-bijholteontsteking zijn volgens de standaarden antibiotica alleen geïndiceerd bij bepaalde risicofactoren; voor blaasontsteking kan er volgens de standaard wel gekozen worden voor antibiotica.

Uit analyses van NIVEL Zorgregistraties blijkt dat huisartsen regelmatig antibiotica voorschrijven als daar volgens de NHG-standaard geen of een onzekere indicatie voor is. Ook de meeste geïnterviewde huisartsen vinden dat er minder antibiotica zouden moeten worden voorgeschreven. Uit de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg leiden we af dat artsen de overige aanbevelingen uit de NHG-standaarden wisselend opvolgen. Voor Acuut hoesten worden regelmatig antibiotica voorgeschreven zonder indicatie volgens de NHG-standaard en geven patiënten aan dat huisartsen weinig voorlichting en advies geven of een CRP-test afnemen. Voor acute rhinosinusitis daarentegen, zijn de percentages antibioticavoorschriften zonder indicatie volgens de NHG-standaard lager dan bij acuut hoesten, terwijl volgens de patiënten huisartsen regelmatig de andere adviezen uit de NHG-standaard geven. Het is dus denkbaar dat het voorschrijven van antibiotica zonder indicatie kan verminderen als huisartsen vaker de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaarden opvolgen.

De voorschrijfpercentages verschillen sterk tussen praktijken. Mogelijk hangt dit samen met de houding van huisartsen ten aanzien van antibiotica, die volgens eigen zeggen varieert van ‘terughoudend’ tot ‘ik schrijf te vaak voor’. Bij acuut hoesten kan bovendien meespelen dat een deel van de geïnterviewde huisartsen aangeeft de CRP-test te gebruiken om te bepalen of ze antibiotica voorschrijven. Bij blaasontsteking noemen de geïnterviewde huisartsen verschillende overwegingen bij het voorschrijven van antibiotica: sommige huisartsen zeggen het voorschrijven

vooral van de klachten af te laten hangen, andere huisartsen zeggen alleen voor te schrijven bij een positieve test. Daarnaast spelen ook de wensen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt voor sommige geïnterviewde huisartsen een rol, vooral als de medische indicatie voor wel of geen antibiotica niet duidelijk is. In hoofdstuk 4 gaan we dieper in op de rol van patiënten bij het voorschrijven van antibiotica.

3 Verwachtingen, wensen en opvattingen van patiënten

In dit hoofdstuk beantwoorden we deelvraag 2. Deze luidt: *Wat zijn de verwachtingen, wensen en opvattingen van patiënten met betrekking tot antibiotica?*

We beantwoorden deze vraag in paragraaf 3.1 eerst voor patiënten die in 2015 bij de huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking. In paragraaf 3.2 gaan we in op de verwachtingen en wensen van de totale groep respondenten. Ook gaan we in op hun opvattingen over het voorschrijven van antibiotica. We gebruiken hiervoor gegevens van de vragenlijst afgenomen onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en gegevens uit de interviews met patiënten en huisartsen.

Belangrijkste resultaten

* Een tiende tot bijna een vijfde (11%-17%) van de patiënten die in 2015 contact hebben gehad met de huisarts voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking heeft de huisarts gevraagd om antibiotica voor te schrijven. Een groter deel (31%-85%) hoopte of verwachtte antibiotica te krijgen voor deze aandoeningen.
* Patiënten die om antibiotica hebben gevraagd voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking, krijgen vaker antibiotica voorgeschreven dan patiënten die er niet om hebben gevraagd.
* De percentages respondenten die, als ze met een klacht (hoesten, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking) bij de huisarts komen, antibiotica hopen te krijgen, verwachten te krijgen en om antibiotica zouden vragen, variëren aanzienlijk tussen de 16 huisartsenpraktijken waarbij de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheid ingeschreven staan.
* Het merendeel (87%) van de totale groep respondenten vindt dat antibiotica voor alledaagse klachten niet noodzakelijk zijn. Dit kwam ook naar voren in de interviews met patiënten. De geïnterviewde huisartsen zeggen dat de houding van hun patiënten ten aanzien van antibiotica sterk verschilt.
* Het merendeel (85%) van de totale groep respondenten weet dat onnodig gebruik van antibiotica ze minder werkzaam maakt.
* Meer dan de helft (55%) van de totale groep respondenten is het er (helemaal) mee oneens dat zij de huisarts makkelijk kunnen overtuigen om antibiotica voor te schrijven. Dit percentage varieert tussen de 16 huisartsenpraktijken (46-74%).

3.1 Verwachtingen en wensen van patiënten die contact hebben gehad met de huisarts voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking

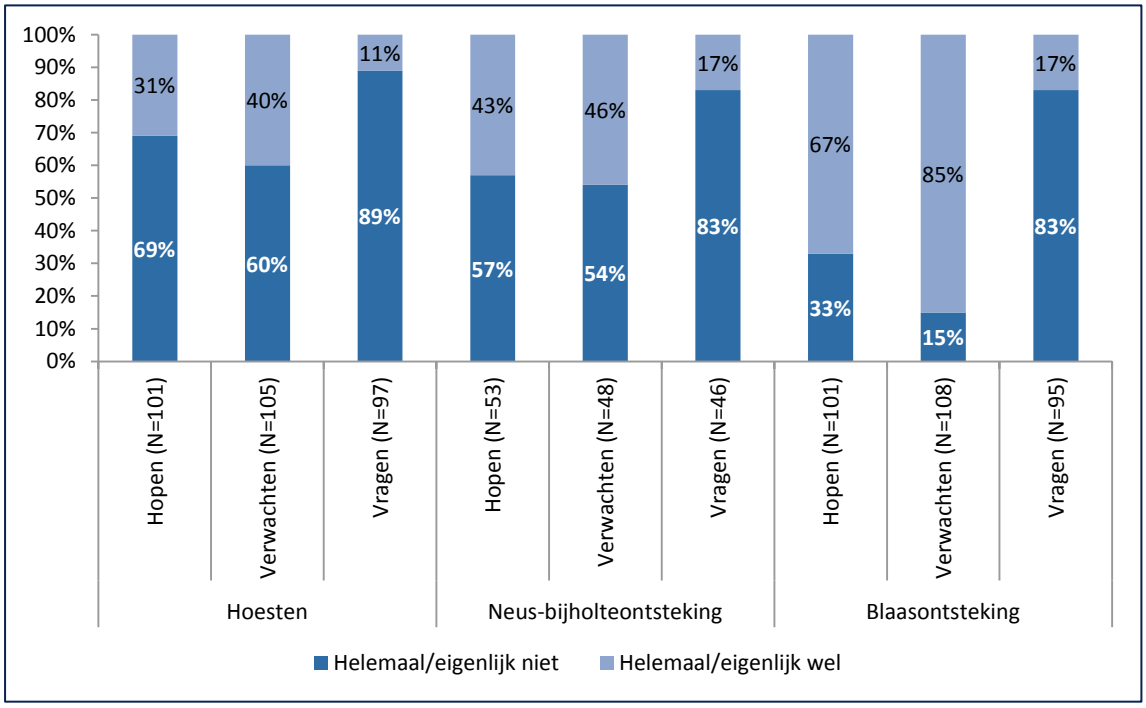
In deze paragraaf beschrijven we de wensen en verwachtingen van de respondenten die in 2015 contact hebben gehad met de huisarts voor hoesten, neus-bijholteonsteking of blaasontsteking. Van de totale groep respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg heeft in 2015 9% (N=120) contact gehad met de huisarts voor hoesten, 4% (N=59) voor neus-bijholteontsteking en 9% (N=127) voor blaasontsteking. Aan de patiënten die voor deze aandoeningen bij de huisarts zijn geweest, is gevraagd naar hun verwachtingen en ervaringen met betrekking tot het voorschrijven van antibiotica.

3.1.1 Klein deel patiënten die contact hebben gehad met de huisarts vraagt om antibiotica

Uit figuur 3.1 blijkt dat met name patiënten die voor blaasontsteking bij de huisarts zijn geweest hoopten (67%) en verwachtten (85%) dat ze antibiotica kregen voorgeschreven. Van de groep patiënten die met blaasontsteking bij de huisarts is geweest, geeft iets minder dan een op de vijf (17%) aan ook daadwerkelijk om antibiotica te hebben gevraagd.
Voor hoesten en neus-bijholteontsteking geeft minder dan de helft van de patiënten die hiervoor bij de huisarts zijn geweest aan dat ze hoopten (31% respectievelijk 43%) of verwachtten (40% respectievelijk 46%) antibiotica te krijgen. Ook bij hoesten (11%) en neus-bijholteontsteking (17%) heeft een klein deel van de patiënten die hiervoor bij de huisarts zijn geweest om antibiotica gevraagd.

Het merendeel (81%) van de patiënten geeft aan antibiotica te hebben gekregen voor blaasontsteking. Bijna vier op de tien (37%) geeft aan voor neus-bijholteontsteking antibiotica te hebben gekregen en 45% voor hoesten (zie ook hoofdstuk 2). Patiënten die om antibiotica vragen[5], krijgen significant vaker antibiotica voorgeschreven dan patiënten die niet om antibiotica vragen (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht).

Figuur 3.1 Mate waarin patiënten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die in 2015 contact hebben gehad met de huisarts voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking daarbij antibiotica hoopten, verwachtten of vroegen (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

[5] Antibiotica krijgen is in de logistische regressieanalyse opgenomen als dichotome variabele met twee categorieën: 0 = nee niet en 1 = ja voor direct gebruik / ja voor later gebruik. Antibiotica vragen is meegenomen als continue variabele (waarden 1 tot 4, helemaal niet tot helemaal wel). In de analyse zijn alle aandoeningen samengenomen.

Ook uit de interviews met patiënten komt naar voren dat zij niet altijd antibiotica verwachten wanneer ze bij de huisarts komen voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking. Een deel van de geïnterviewde patiënten gaf wel aan dat ze verwachten dat hun huisarts een oplossing heeft voor hun klachten. Een ander deel van de geïnterviewde patiënten wilde vooral van de huisarts horen wat ze hadden, of uitsluiten of bevestigen wat ze zelf vermoedden. Eén van de geïnterviewde patiënten gaf aan graag antibiotica te willen hebben en één verwachtte een kuurtje te krijgen.

> *"Ja, dat die een oplossing had voor mijn klachten. […] Ik moest zo vreselijk hoesten, dus ik nam aan dat hij toch een oplossing met mij kon bedenken."* (geïnterviewde patiënt nr. 12)

> *"Ik wilde gewoon weten of dit een longontsteking of een andere heftige luchtweginfectie was, bronchitis of wat dan ook. Omdat ik voelde dat het veel dieper zat."* (geïnterviewde patiënt nr. 3)

> *"Nee, ik belde dus dat ik zo verkouden was en dat ik graag antibiotica had."* (geïnterviewde patiënt nr. 5)

Een deel van de geïnterviewde huisartsen geeft ook aan dat patiënten vooral willen weten wat er aan de hand is: ze zijn ongerust of willen de diagnose weten.

> *"Ze willen als het ware horen: is er wat aan de hand ja of nee."* (geïnterviewde huisarts nr. 4)

> *"Ze willen vooral de diagnose weten. Dus ze hebben last en dan willen ze weten van, heb ik een blaasontsteking."* (geïnterviewde huisarts nr. 16)

Daarnaast noemen de geïnterviewde huisartsen regelmatig dat patiënten een oplossing voor hun klachten verwachten, zoals pijnstilling, antibiotica of andere medicatie. Een deel van de huisartsen geeft aan dat zij denken dat aan een expliciete vraag om antibiotica vaak ongerustheid ten grondslag ligt.

> *"Ik denk dat de patiënt antibiotica verwacht. Want de patiënt wil ervan af en wil advies. En de meesten verwachten dan wel antibiotica."* (geïnterviewde huisarts nr. 7)

> *"Ik denk dat die vraag eigenlijk meer komt van toch een soort ongerustheid. 'Heb ik niet iets geks? Waardoor gaat het niet over?' Dan hebben ze gehoord van, het antibioticum heeft de buurman ook zo goed geholpen. Dan denken ze: dat is misschien de oplossing. Maar ik denk dat de onderliggende vraag toch de ongerustheid is."* (geïnterviewde huisarts nr. 3)

> *"Dat wisselt heel erg. Geen hulpvraag is het zelfde. Sommige mensen hebben echt een heel expliciete vraag van, ik wil die kuur en niet anders. Maar heel vaak zit er, achter die hele korte bondige vraag, ook gewoon een andere hulpvraag onder. Van: loop ik risico, heb ik een longontsteking waar ik dan net zo ziek word als mijn moeder in het verzorgingshuis laatst? Dus het is altijd zaak om dat uit te vragen. En vaak kun je er dan dus op een andere manier antwoord op geven en gerust stellen."* (geïnterviewde huisarts nr. 14)

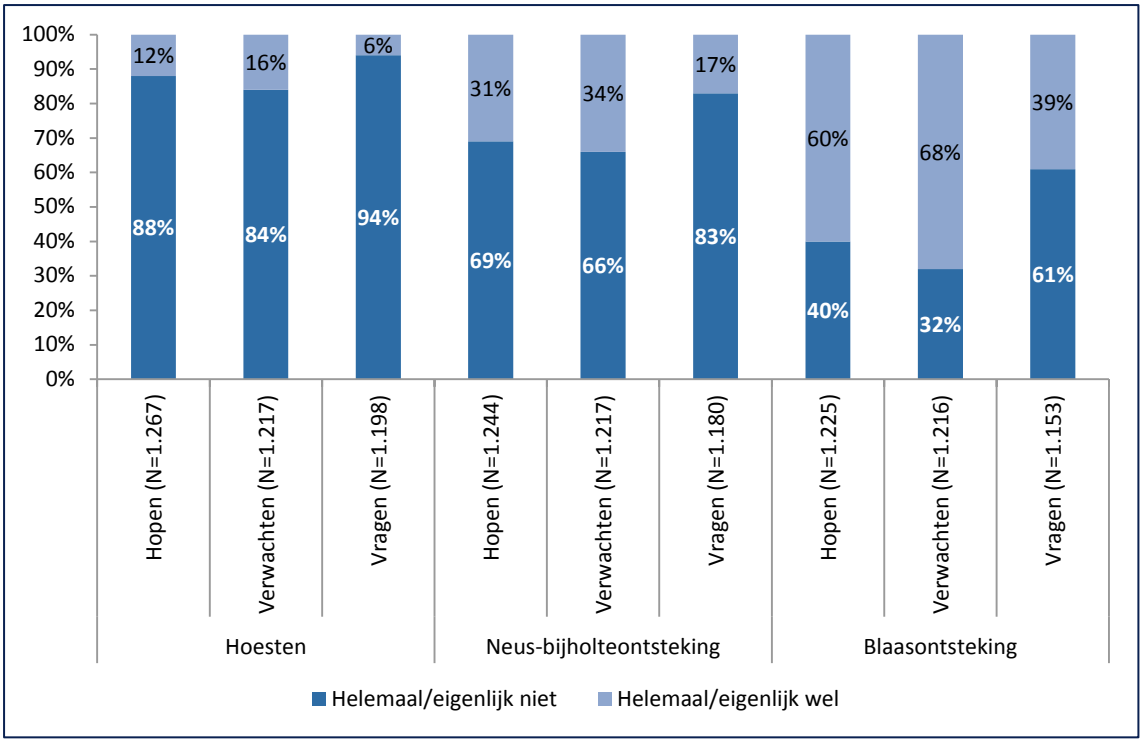
3.2 Verwachtingen en wensen van totale groep respondenten

Aan alle respondenten (N= 1.357) van de vragenlijst van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een aantal vragen voorgelegd om inzicht te krijgen in hun verwachtingen en wensen. Ook is een aantal vragen gesteld over hun opvattingen over het voorschrijven van antibiotica.

3.2.1 Percentages hopen, verwachten en vragen variëren aanzienlijk tussen praktijken

Ten eerste is aan alle respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg gevraagd of ze, als ze met een klacht (hoesten, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking) bij de huisarts zouden komen, een antibioticavoorschrift zouden hopen, verwachten of vragen. In figuur 3.2 is te zien dat de totale groep respondenten minder vaak antibiotica hoopt en verwacht voor hoesten, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking dan de groep patiënten die hierover contact heeft gehad met de huisarts (zie figuur 3.1). Dit lijkt met name zo te zijn bij hoesten. Hier geeft bijvoorbeeld 12% van de totale groep respondenten aan dat ze antibiotica hopen te krijgen, tegenover 31% (zie figuur 3.1) van de patiënten die hiervoor in 2015 bij de huisarts zijn geweest. Bij blaasontsteking valt op dat de totale groep respondenten juist vaker aangeeft te zullen vragen om antibiotica (39%) dan de groep patiënten die voor blaasontsteking contact heeft gehad met de huisarts (17%, zie figuur 3.1).

Figuur 3.2 Mate waarin respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg voor hoesten neus-bijholteontsteking of blaasontsteking antibiotica zouden hopen, verwachten of vragen (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

De respondenten die deelnamen aan de vragenlijst komen uit zestien verschillende huisartsenpraktijken. De percentages 'eigenlijk wel/helemaal wel' voor hopen, verwachten en vragen variëren behoorlijk tussen de zestien huisartsenpraktijken, zie tabel 3.1 (voor de percentages per praktijk zie tabel B1.3 in bijlage 1). Een voorbeeld is dat het percentage

respondenten dat aangeeft ‘eigenlijk wel/helemaal wel’ om antibiotica te vragen bij hoesten varieert tussen praktijken van 0% tot 12% (gemiddelde 6%). Een ander voorbeeld is dat het percentage ‘eigenlijk wel/helemaal wel’ voor verwachten bij neus-bijholteontsteking varieert tussen praktijken van 19% tot 48% (gemiddelde 34%).

De variatie tussen praktijken in de percentages hopen, verwachten en vragen zou kunnen samenhangen met het voorschrijfgedrag van de huisarts. Als de huisarts een terughoudender voorschrijfbeleid voert, hopen en verwachten respondenten – op basis van hun eerdere ervaringen – mogelijk minder vaak dat zij antibiotica voorgeschreven krijgen. De voorschrijfpercentages voor antibiotica terwijl daar geen of een onzekere indicatie voor is, variëren ook sterk tussen de praktijken (hoofdstuk 2). Wij hebben daarom de percentages hopen, verwachten en vragen per praktijk vergeleken met deze voorschrijfpercentages per praktijk (zie tabel B1.4 in bijlage 1). Hieruit blijkt echter geen eenduidig verband. Zoals hierboven aangegeven, is er wel een relatie tussen vragen en het voorschrijven van antibiotica, wanneer individuele patiënten expliciet om antibiotica vragen.

Tabel 3.1 Mate waarin respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking antibiotica eigenlijk wel/helemaal wel zouden hopen, verwachten of vragen, gemiddelde en range tussen praktijken (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)

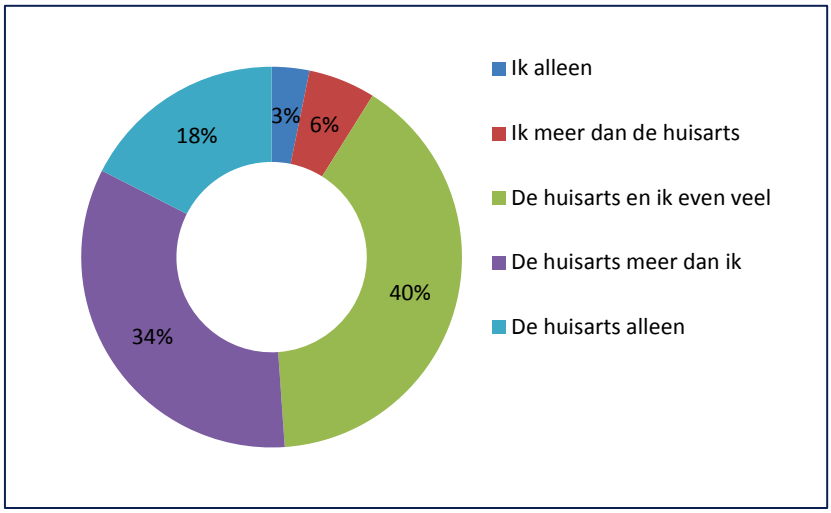
		Gem	Range
Hoesten	*Hopen*	12%	7-18%
	Verwachten	16%	7-23%
	Vragen	6%	0-12%
Neus-bijholteontsteking	*Hopen*	31%	20-39%
	Verwachten	34%	19-48%
	Vragen	17%	7-21%
Blaasontsteking	*Hopen*	60%	43-73%
	Verwachten	68%	54-80%
	Vragen	39%	26-51%

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

3.2.2 Vier op de tien verwacht dat beslissing om antibiotica voor te schrijven gezamenlijk wordt genomen

Aan alle respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is gevraagd wie de beslissing neemt als men in een situatie komt waarin wel of geen antibiotica kunnen worden voorgeschreven. Figuur 3.3 laat zien dat vier op de tien respondenten hierop antwoordt “de huisarts en ik even veel”. Meer dan de helft (52%) geeft aan dat de beslissing meer of alleen bij de huisarts ligt. Het percentage “de huisarts meer dan ik/de huisarts alleen” varieert tussen de zestien praktijken van 40% tot 59% (voor percentages per praktijk zie figuur B1.1 in bijlage 1).

Figuur 3.3 Weergave van wie volgens de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg de beslissing neemt in een situatie waarin wel of geen antibiotica kunnen worden voorgeschreven door de huisarts (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

3.2.3 Merendeel vindt dat antibiotica voor alledaagse klachten niet noodzakelijk zijn

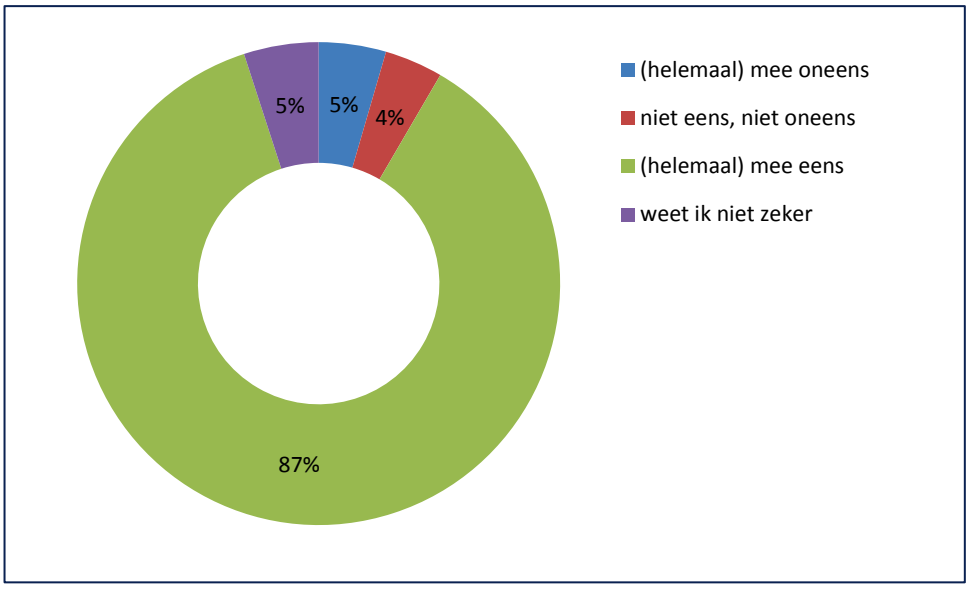
Aan alle respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een aantal stellingen voorgelegd om hun kennis en opvattingen over antibiotica in kaart te brengen. Een deel van de resultaten wordt hieronder gepresenteerd, de overige resultaten staan in de Figuren B1.2 tot B1.4 in bijlage 1.

Het grote merendeel van de respondenten is het er (helemaal) mee eens dat het voorschrijven van antibiotica voor alledaagse klachten niet noodzakelijk is (87%) (zie figuur 3.4). Dit kwam ook naar voren in de interviews met patiënten. De geïnterviewde patiënten zijn van mening dat antibiotica alleen gebruikt moet worden als het echt nodig is. Daarbij denken ze bijvoorbeeld aan een ontsteking of zware infectie, of als het niet lukt om zelf (eventueel met een andere behandeling) te herstellen.

> *"Voorschrijven wanneer echt strikt noodzakelijk en anders proberen zoveel mogelijk af te doen met andere middelen."* (geïnterviewde patiënt nr. 9)

> *"Als je antibiotica gaat gebruiken, dan moet je ook echt wel heel ziek zijn, denk ik. Of heel ziek, maar echt wel een hele goede ontsteking of wat dan ook hebben. Een keelontsteking of wat dan ook."* (geïnterviewde patiënt nr. 10)

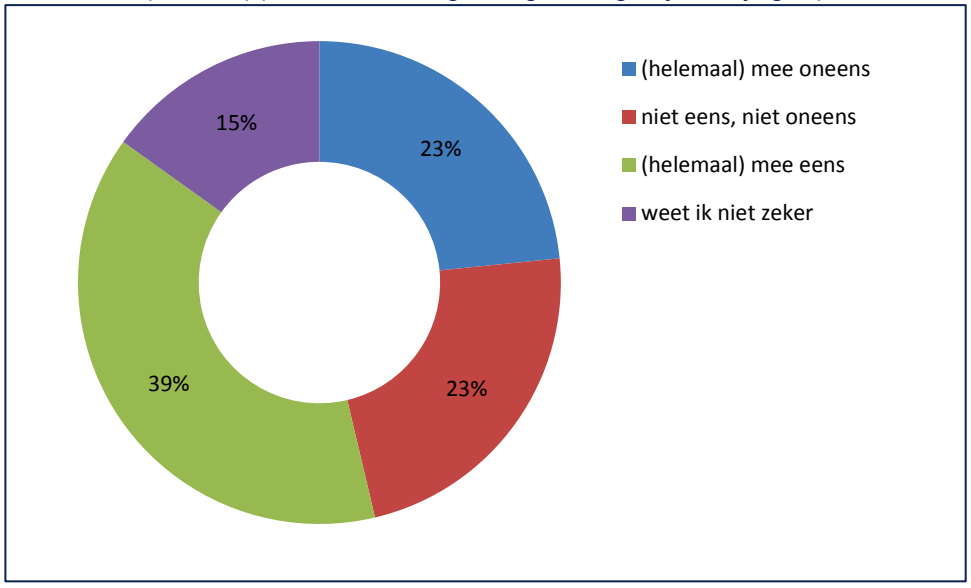
Figuur 3.4 Mening respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg over de stelling: Het voorschrijven van antibiotica voor alledaagse klachten is niet noodzakelijk. (N=1.299) (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

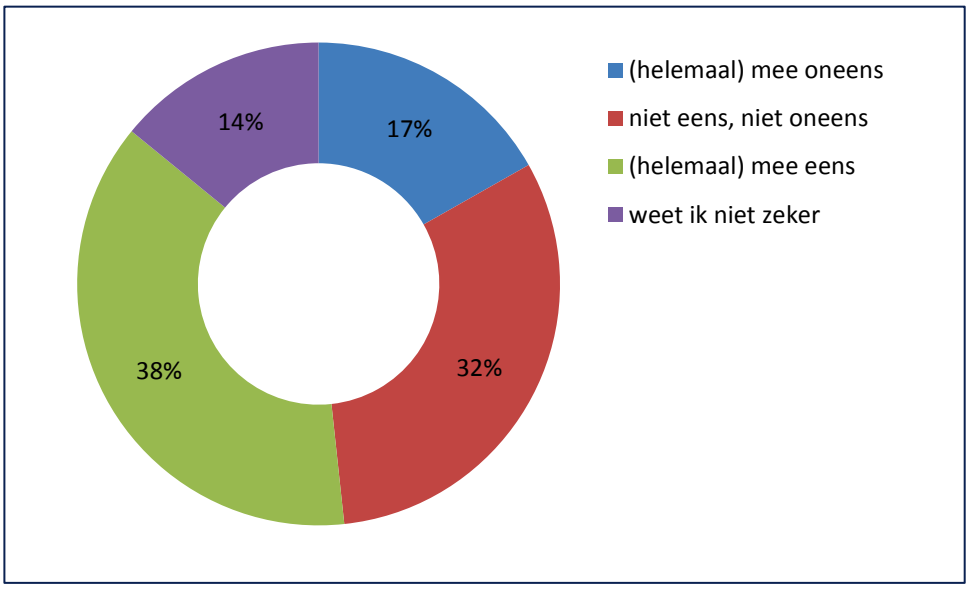
Een deel van de respondenten van het Consumentenpanel is van mening dat antibiotica effectief zijn. Bijna vier op de tien respondenten (39%) is het er (helemaal) mee eens dat als je een antibioticumkuur volgt, je sneller van je klachten als hoesten, keelpijn en oorpijn af bent (zie figuur 3.5). Eveneens bijna vier op de tien respondenten (38%) is het er (helemaal) mee eens dat antibiotica effectief zijn tegen je klachten (zie figuur 3.6).

Figuur 3.5 Mening respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg over de stelling: Als je een antibioticumkuur volgt, ben je sneller van klachten als hoesten, keelpijn en oorpijn af. (N=1.299) (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Figuur 3.6 Mening respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg over de stelling: Antibiotica zijn effectief tegen je klachten. (N=1.279) (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Ook de geïnterviewde patiënten vinden antibiotica wel effectief, maar een deel heeft ook bijwerkingen ervaren of vindt het wel zware middelen.

> *"Ik heb antibiotica gehad en heb de bijwerkingen gehad. Het maakt wel dat ik een volgende keer nog iets terughoudender zal zijn, in heb ik hier nu echt die antibiotica wel voor nodig."* (geïnterviewde patiënt nr. 3)

> *"Ze zijn uitstekend, want ze doen wat ze moeten doen. Ze ruimen een ontsteking op. Ze zorgen dat je geneest."* (geïnterviewde patiënt nr. 9)

Een deel van de geïnterviewde huisartsen zegt dat de houding van hun patiënten ten aanzien van antibiotica sterk kan verschillen: sommige patiënten willen vaak antibiotica voorgeschreven krijgen, anderen zijn hierin niet uitgesproken maar volgen de uitleg en het advies van de huisarts en weer anderen zijn terughoudend en willen liever geen antibiotica slikken. Ook vindt een deel van de huisartsen dat patiënten over het algemeen (te) hoge verwachtingen van antibiotica hebben of denken dat antibiotica voor (bijna) alles een oplossing bieden. Vooral allochtonen (zowel westerse als niet-westerse), lager opgeleiden en ouderen worden genoemd als specifieke groepen patiënten die vaak antibiotica willen. Diverse huisartsen stellen expliciet of impliciet dat hoge verwachtingen van patiënten voortkomen uit gewoonte of gewenning en dat huisartsen daar met hun voorschrijfgedrag in zowel positieve als negatieve zin invloed op kunnen uitoefenen.

> *"Daar zijn 2600 verschillende meningen over. Variërend van nooit - die zijn er ook een paar - tot altijd of vrijwel altijd."* (geïnterviewde huisarts nr. 12)

> *"Dat kan allebei de kanten opgaan, van heel erg voor, heel erg graag willen, tot een enorme weerstand hebben tegen. Alle soorten patiënten heb ik hier rondlopen. […]De hoger opgeleiden lijken wat kritischer en dus wat meer afhoudend. En de lager opgeleiden willen toch heel graag*

dat antibioticum hebben, omdat ze gewoon totaal niet snappen wat het eigenlijk doet." (geïnterviewde huisarts nr. 10)

"Allochtonen, die vragen daar veel vaker om. Of verwachten het ook veel vaker. Soms vragen ze het niet rechtstreeks, maar de verwachting - als je dat dan verder uitvraagt - blijkt er vaak wel te zitten." (geïnterviewde huisarts nr. 14)

"Ik denk dat ze het een beetje als heiligmakend zien. Als je antibiotica krijgt van de dokter, dan is het goed, dan komt alles goed." (geïnterviewde huisarts nr. 7)

"Er zijn altijd hooggespannen verwachtingen van antibiotica. Dus ik denk dat met name bij alle vormen van infectie of ziek zijn, mensen al heel snel denken van: als ik nou maar een kuur krijg, dan word ik beter." (geïnterviewde huisarts nr. 16)

Een deel van de huisartsen ervaart dat patiënten de laatste jaren terughoudender zijn geworden ten aanzien van het gebruik van antibiotica. Dit komt door meer kennis over nut en noodzaak van antibiotica en over het risico van resistentie. Hierbij spelen zowel verbeterde algemene informatievoorziening (publicaties, voorlichtingscampagnes) als het gebruik van de CRP-test in de huisartsenpraktijk een rol.

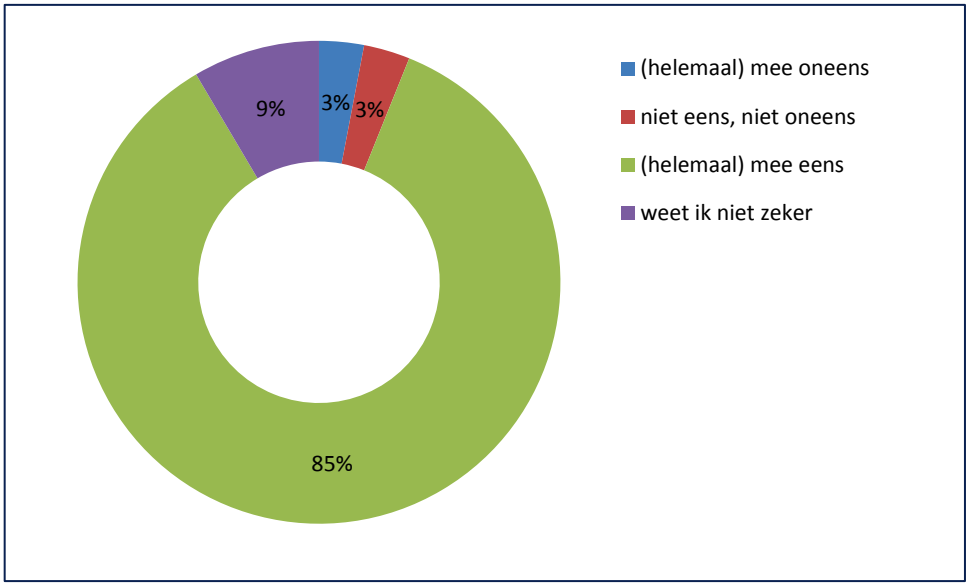
"Dus ik ben als een kind zo blij met de voorlichting dat antibioticum niet bij griep helpt. Dat vind ik echt geweldig.." (geïnterviewde huisarts nr. 11)

"Er is dit jaar een spotje geweest dat bij de griep geen antibiotica hoeven, want antibiotica helpen niet tegen de griep. Zo'n spotje daarvan denk ik eindelijk gaat de zorgverzekeraar mij eens helpen en de algemene opinie, want het moet ook een soort common sense worden." (geïnterviewde huisarts nr. 13)

3.2.4 Grote meerderheid weet dat onnodig gebruik van antibiotica ze minder werkzaam maakt

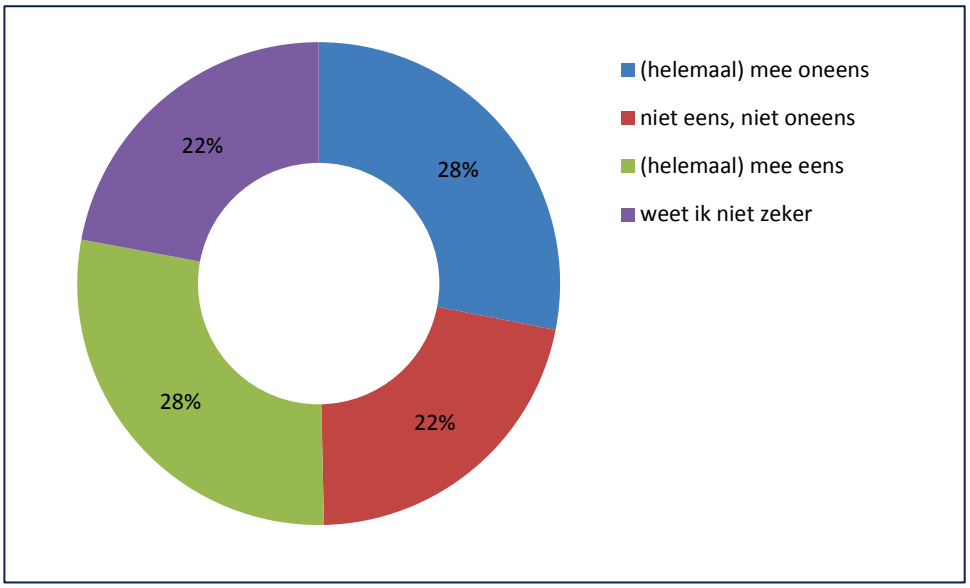
Een meerderheid (85%) van de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is het er (helemaal) mee eens dat het onnodig gebruik van antibiotica ze minder werkzaam maakt (zie figuur 3.7). Met de stelling 'Indien antibiotica eerder zijn voorgeschreven, zullen ze weer nodig zijn voor soortgelijke klachten in de toekomst' is 28% het (helemaal) mee eens (zie figuur 3.8).

Figuur 3.7 Mening respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg over de stelling: Onnodig gebruik van antibiotica maakt ze minder werkzaam. (N=1.300) (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Figuur 3.8 Mening respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg over de stelling: 'Indien antibiotica eerder zijn voorgeschreven, zullen ze weer nodig zijn voor soortgelijke klachten in de toekomst. (N=1.288) (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Uit de interviews onder patiënten blijkt ook dat de geïnterviewde patiënten weten of denken te weten dat (te) vaak gebruik van antibiotica ertoe kan leiden dat deze niet meer werken. Maar bij een deel van hen leeft hierbij het misverstand dat dit komt doordat ze als patiënt zelf immuun voor antibiotica kunnen worden. Ze lijken zich niet bewust van het feit dat het bacteriën zijn die resistent voor antibiotica worden.

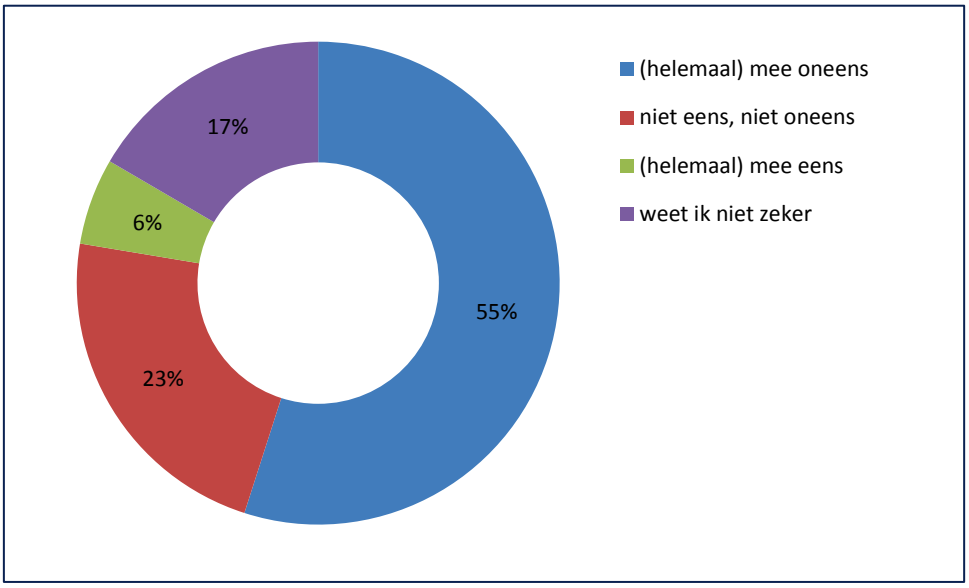
"Maar ik weet gewoon uit de berichtgeving en de praktijk ook dat je niet veel antibiotica moet slikken. Want op een gegeven moment word je resistent daarvoor." (geïnterviewde patiënt nr. 4)

"Het kan heel goed werken, maar het moet niet te snel gegeven worden en ook niet bij kinderen. Omdat het dan toch minder werkzaam wordt op den duur, toch die resistentie van bepaalde beestjes." (geïnterviewde patiënt nr. 8)

3.2.5 Huisarts is niet makkelijk te overtuigen om antibiotica voor te schrijven

De respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn van mening dat het niet gemakkelijk is om hun huisarts te overtuigen om antibiotica voor te schrijven. Meer dan de helft (55%) is het (helemaal) oneens met de stelling: "Ik kan de huisarts makkelijk overtuigen om mij antibiotica voor te schrijven" (zie figuur 3.9). De mate waarin patiënten denken hun huisarts te kunnen overtuigen, verschilt tussen praktijken. Het percentage dat het (helemaal) oneens is met de stelling "Ik kan de huisarts makkelijk overtuigen om mij antibiotica voor te schrijven" varieert van 46% tot 74% tussen de 16 praktijken.

Figuur 3.9 Mening respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg over de stelling: Ik kan de huisarts makkelijk overtuigen om mij antibiotica voor te schrijven. (N=1.304) (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Een mogelijke verklaring hiervoor die uit de interviews naar voren kwam, is dat het merendeel van de geïnterviewde patiënten denkt dat hun huisarts terughoudend is met het voorschrijven van antibiotica. Als onderbouwing hiervan geven een aantal patiënten aan dat hun huisarts eerst een testje doet (bijvoorbeeld 'prikje in de vinger'). Enkele respondenten geven aan geen beeld te hebben over hoe hun huisarts over het voorschrijven van antibiotica denkt.

"Die schrijven dat niet zo vaak voor, denk ik. Ik heb zo'n idee dat zij het wel altijd een beetje tegenhouden. Waarom weet ik ook niet." (geïnterviewde patiënt nr. 5)

"Een beetje van, als het niet hoeft dan doen we het niet." (geïnterviewde patiënt nr. 7)

"Ze wilde sowieso heel graag het 'is het een virus of een bacterie-testje' doen. Als ik die niet had willen doen, had ik ook de antibiotica niet gekregen. Ook met reden uiteraard. De kans is gewoon groot dat het een virus is." (geïnterviewde patiënt nr. 3)

"Nee, daar heb ik geen beeld van." (geïnterviewde patiënt nr. 10)

3.3 Conclusies

In dit hoofdstuk onderzochten we de verwachtingen, wensen en opvattingen van patiënten met betrekking tot antibiotica. We richtten ons hierbij zowel op patiënten die in 2015 bij de huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteonsteking en blaasontsteking als op de totale groep respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

Een tiende tot bijna een vijfde (11%-17%) van de respondenten die contact hebben gehad met de huisarts heeft de huisarts toen gevraagd om antibiotica voor te schrijven. Een groter deel hoopte of verwachtte antibiotica te krijgen. De totale groep respondenten hoopt en verwacht minder vaak antibiotica dan de groep patiënten die contact heeft gehad met de huisarts. Bij blaasontsteking hopen, verwachten en vragen respondenten het vaakst antibiotica. Dit is ook de aandoening waar het vaakst antibiotica wordt voorgeschreven, en waar de NHG-standaard de meeste ruimte biedt om antibiotica voor te schrijven (zie hoofdstuk 2). De mate waarin respondenten hopen dat ze antibiotica krijgen, verwachten dat ze antibiotica krijgen en vragen om antibiotica verschilt aanzienlijk tussen huisartsenpraktijken. Een mogelijke verklaring hiervoor is het voorschrijfbeleid van de huisarts. Wanneer de huisarts een terughoudender voorschrijfbeleid voert, hopen en verwachten respondenten – op basis van hun eerdere ervaringen – mogelijk minder vaak dat zij antibiotica voorgeschreven krijgen. In dit onderzoek hebben we geen eenduidig verband kunnen vaststellen tussen het voorschrijfgedrag van de huisarts indien er geen of een onzeker indicatie is en het hopen, verwachten en vragen van respondenten. Wel is er een duidelijke relatie tussen vragen en het voorschrijven van antibiotica, als individuele patiënten expliciet om antibiotica vragen.

Dat weinig patiënten om antibiotica vragen, is in overeenstemming met het feit dat meer dan de helft van de respondenten denkt dat het moeilijk is om de huisarts te overtuigen om antibiotica voor te schrijven. Een andere mogelijke verklaring hiervoor is de terughoudende houding van respondenten ten aanzien van antibiotica. Bijna negen op de tien respondenten vindt dat bij alledaagse klachten (zoals hoesten) antibiotica niet noodzakelijk zijn en weet dat onnodig gebruik van antibiotica ze minder werkzaam maakt. Volgens de geïnterviewde huisartsen verschilt de houding ten aanzien van antibiotica sterk tussen patiënten en hebben patiënten over het algemeen (te) hoge verwachtingen van antibiotica en denken ze dat antibiotica voor (bijna) alles een oplossing bieden.

Dit hoofdstuk gaf inzicht in de verwachtingen, wensen en opvattingen van patiënten met betrekking tot antibiotica. In het volgende hoofdstuk laten we zien hoe de beslissing om antibiotica voor te schrijven daadwerkelijk tot stand komt volgens patiënten en huisartsen.

4 Rol van patiënten bij afwijken van richtlijnen

In dit hoofdstuk beantwoorden we de deelvragen 3 en 4. Deze luiden: *Hoe zien huisartsen de rol van patiënten bij een beslissing waarbij wordt afgeweken van de richtlijn? In hoeverre zeggen patiënten dat ze invloed hebben op het voorschrijven van antibiotica?*

Hierbij gebruiken we gegevens uit de interviews met huisartsen en patiënten, en uit de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. We gebruiken de gegevens van de patiënten die in 2015 bij de huisarts zijn geweest voor hoesten (N=120), neus-bijholteonsteking (N=59) en blaasontsteking (N=127).

Belangrijkste resultaten

* Wensen van patiënten spelen volgens de geïnterviewde huisartsen regelmatig een rol bij afwijken van richtlijnen en dat leidt soms tot spanning. Als het niet lukt patiënten te overtuigen dat antibiotica niet nodig zijn, zeggen sommige geïnterviewde huisartsen toch antibiotica voor te schrijven.
* De geïnterviewde patiënten en huisartsen hebben verschillende beelden van de verwachtingen en wensen van patiënten ten aanzien van behandeling. De geïnterviewde patiënten zeggen dat ze niet vooraf een specifieke behandeling wensen, maar diagnose en advies. Volgens de geïnterviewde huisartsen echter verwachten patiënten vaak een specifieke behandeling. Als het niet lukt patiënten te overtuigen, gaan deze huisartsen soms mee met hun wensen.
* Ongeveer vijf tot zes op de tien patiënten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die bij de huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking zegt dat in het contact met de huisarts gesproken is over het gebruik van antibiotica. Bij iets meer dan de helft van degenen waarbij over antibiotica is gesproken, is daarbij niet om hun mening gevraagd. Tijdens de interviews zeggen de patiënten dat zij vooral mededelingen en uitleg over antibiotica krijgen. De geïnterviewde huisartsen zeggen dat zij antibiotica aan de orde stellen om te anticiperen op (onuitgesproken) verwachtingen van patiënten.
* De geïnterviewde huisartsen laten patiënten in verschillende mate meebeslissen: de mate van meebeslissen verschilt zowel tussen huisartsen als tussen groepen patiënten. Het meebeslissen over antibiotica lijkt beperkt: de huisartsen zeggen vooral dat ze uitleg geven en patiënten proberen te overtuigen om ze mee te krijgen met hun beslissing.
* De beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven is volgens de patiënten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die bij de huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking meer of alleen door de huisarts genomen (50%-57%). Het overgrote merendeel van de patiënten van het Consumentenpanel die bij hun huisarts zijn geweest voor hoestklachten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking was het (helemaal) eens met de beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven voor hun klacht (82%-87%). De geïnterviewde patiënten vinden meebeslissen wel belangrijk, maar laten beslissingen vaak over aan de huisarts. Ze willen vooral een behandeling kunnen weigeren. Een deel van de geïnterviewde patiënten zegt dat beslissingen veelal door de huisarts worden genomen en dat zij zich daarbij neerleggen. Dit geldt ook voor het voorschrijven van antibiotica.

4.1 Wensen van patiënten spelen volgens huisartsen rol bij afwijken van richtlijnen

4.1.1 Wensen van patiënt spelen regelmatig een rol bij afwijken van richtlijnen

Volgens de geïnterviewde huisartsen spelen de wensen van patiënten regelmatig een rol bij het afwijken van richtlijnen (zie hoofdstuk 2 voor andere redenen om van richtlijnen af te wijken). Sommige huisartsen geven hierbij voorbeelden van patiënten die een bepaalde behandeling of medicijnen niet willen. Andere huisartsen vertellen over wensen van patiënten als reden om sneller te handelen dan een richtlijn voorschrijft of om een bepaalde stap uit een richtlijn over te slaan. Soms willen patiënten bepaalde diagnostiek of een verwijzing naar een specialist ter geruststelling of bevestiging. Ook als dit volgens een richtlijn niet nodig is, gaan sommige huisartsen daar naar eigen zeggen in mee. Een belangrijk argument voor de geïnterviewde huisartsen om mee te gaan met de wensen van hun patiënten is hun behoefte om de relatie met de patiënt goed te houden en de voortgang van de behandeling niet te hinderen.

> *"Kijk, ik probeer samen met mijn patiënt het plan te maken en ik adviseer wel vanuit evidence based de NHG-standaarden. Als een patiënt zegt, dat wil ik toch niet, of dat past niet, of ik wil er echt nog even mee wachten, dan ben ik wel geneigd om... want het moet ook passen bij de patiënt."* (geïnterviewde huisarts nr. 15)

> *"Neem een patiënt met acne. Dan begin je altijd met lichte middelen om uiteindelijk bij zwaardere middelen uit te komen, een step-upprincipe. […] En als diegene dat dan toch heel graag wil en die heeft niet het geduld om drie maanden te gaan wachten op resultaat van de eenvoudigere middelen… De kans is groot dat die daardoor ook niet therapietrouw wordt of afhaakt of om een verwijzing naar de dermatoloog vraagt of naar een andere huisarts gaat bijvoorbeeld. Ja, dat zijn dingen die gewoon heel erg zwaar meewegen."* (geïnterviewde huisarts nr. 10)

De mate waarin de geïnterviewde huisartsen spanning ervaren tussen de wensen en verwachtingen van patiënten en de inhoud van richtlijn varieert van (bijna) nooit tot (bijna) altijd. Artsen die bijna nooit spanning ervaren, geven aan dat dat komt doordat zij de wens van de patiënt volgen, doordat ze volgzame patiënten hebben of doordat ze verschillen tussen wensen en richtlijnen niet als spanning maar als een spel ervaren. Huisartsen die wel spanning ervaren, noemen dat patiënten meer of snellere behandeling willen dan wat in de richtlijn staat, of dat patiënten juist een behandeling weigeren. Op de vraag hoe huisartsen omgaan met de spanning geeft een deel aan de wens van patiënten te volgen en dus af te wijken van de richtlijn. Andere geïnterviewde huisartsen noemen het zoeken naar de vraag achter de vraag of overtuigen op basis van argumenten als manieren om tot een compromis te komen.

> *"Ja, de hele dag. […] Ik durf het wel zo cru te stellen, dat als ik me heel strikt zou houden aan de richtlijnen, hield ik geen patiënt over. […] Ik vind dat heel veel standaarden te afwachtend zijn. [En wat doet u dan?] Afwijken van de standaard. […] Eigenlijk de vraag van de patiënt toch zo goed mogelijk proberen te beantwoorden. En als de vraag is van, ik wil graag goede pijnstilling, of ik wil graag vannacht wel goed slapen, dan doe ik iets wat misschien in de standaard een tweede stap zou zijn geweest."* (geïnterviewde huisarts nr. 2)

"Laat ik zo zeggen, ik laat me niet snel dwingen om iets te geven terwijl het niet nodig is. Weinig spanning. […] Het is een dorp waar de dokter nog wel aanzien heeft. […] Het zijn hooguit de mensen waarvan de richtlijn zegt, eigenlijk zou ik ze moeten behandelen, bijvoorbeeld met die cholesterolremmer en de patiënt het weigert. Dat is het enige waar je frictie krijgt. En dan ga je gewoon het gesprek aan van, waarom niet, waarom wel. Snap je waarom ik het belangrijk vind? Dan krijgen ze dat half jaar respijt of dat ze zeggen, we komen er een keer op terug." (geïnterviewde huisarts nr. 7)

4.1.2 Omgang van huisartsen met antibioticawensen van patiënten: proberen te overtuigen

Aan de huisartsen vroegen we hoe ze ermee omgaan als patiënten het niet eens zijn met de beslissing van de huisarts over het voorschrijven van antibiotica. Het advies van de huisarts is bij een deel van de geïnterviewde huisartsen gebaseerd op de richtlijn (zie Hoofdstuk 2). De wens van de patiënt kan daarvan afwijken als de patiënt antibiotica wil terwijl die volgens de huisarts (c.q. de richtlijn) niet nodig zijn, of als patiënten juist geadviseerde antibiotica weigeren.

Als overtuigen niet lukt, schrijven huisartsen soms toch antibiotica voor

Een deel van de geïnterviewde huisartsen geeft aan dat zij, als de patiënt het niet eens is met de beslissing om geen antibiotica voor te schrijven, met extra uitleg de patiënt proberen te overtuigen. Als het niet lukt patiënten te overtuigen, zeggen sommige huisartsen dan toch antibiotica voor te schrijven. Anderen geven aan bij hun eigen standpunt te blijven en geen antibiotica voor te schrijven of een compromis te zoeken, bijvoorbeeld door nog even af te wachten of door gebruik te maken van een uitgesteld recept. Ook de huisartsenpost wordt door enkele huisartsen genoemd in deze context. De geïnterviewde huisartsen geven aan dat daar vaker dan in de dagpraktijk patiënten het niet eens zijn met de beslissing van de huisarts en gaan patiënten, als zij van de eigen huisarts geen antibiotica krijgen, daarna naar de huisartsenpost.

"Dat is dat hele kleine clubje. Als daar die strijd weer hoog oploopt en mensen hebben die ervaring dat het in het verleden ooit geholpen heeft, dan krijgen ze het wel mee." (geïnterviewde huisarts nr. 15)

"Uitleggen, communiceren. En soms 'nee' zeggen en zeggen: ik ben uiteindelijk hier de baas over. Want ik ben ook toch verantwoordelijk als de uitslag ontstaat agranulocytose, diarree of voor onprofessioneel handelen ook." (geïnterviewde huisarts nr. 13)

"Krijgen ze het hier niet, dan gaan ze naar de huisartsenpost." (geïnterviewde huisarts nr. 11)

Huisartsen proberen patiënten die antibiotica weigeren, te overtuigen

Ook vroegen we de huisartsen wat ze zouden doen als patiënten die zij antibiotica willen voorschrijven, dit juist weigeren. De geïnterviewde huisartsen geven aan dat dit weinig voorkomt en dat zij de betrokken patiënten dan uitleg geven over waarom zij antibiotica nodig achten. Een paar artsen vertellen dat zij soms in overleg met de patiënt besluiten eerst iets anders te proberen of nog even af te wachten; ze vragen de patiënt dan om terug te komen als deze zieker wordt, of de huisarts belt om te informeren hoe het gaat.

"Dat kan voorkomen, wel veel minder vaak. Bijvoorbeeld bij een beginnende longontsteking. Als het echt gevaarlijk is, dring ik meer aan. Als patiënten echt geen antibiotica willen, bel ik de

volgende dag na hoe het gaat, of ga ik langs. Soms kun je nog wel even afwachten. Ik heb ook intensief contact met de apotheker en vraag na of het is opgehaald." (geïnterviewde huisarts nr. 5)

4.2 Verschillende beelden van verwachtingen en wensen van patiënten ten aanzien van behandeling

Zoals we in de vorige paragraaf hebben gezien, geven huisartsen zelf aan dat de voorkeuren en wensen van patiënten regelmatig een rol spelen bij het afwijken van richtlijnen. Daarom zijn we in de interviews dieper ingegaan op de verwachtingen en wensen van patiënten. Wat zeggen patiënten zelf daarover, en welk beeld hebben huisartsen daarvan? In hoofdstuk 3 zijn we ingegaan op de wensen en verwachtingen van patiënten met betrekking tot antibiotica; in dit hoofdstuk bespreken we de wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van de zorg door de huisarts in het algemeen.

4.2.1 Patiënten zeggen vooral diagnose en advies te wensen

Een deel van de geïnterviewde patiënten geeft aan dat ze niet vooraf een specifieke behandeling willen als ze naar de huisarts gaan en daar ook niet om vragen. Men bezoekt de huisarts vooral voor een diagnose en advies over de behandeling. Sommige patiënten zeggen dat ze voorafgaand aan een bezoek wel zelf uitzoeken wat er aan de hand kan zijn en hun conclusies aan de huisarts voorleggen. Andere patiënten geven voorbeelden van situaties waarin ze wel min of meer op een bepaalde behandeling hoopten of deze verwachtten. Daar waar de huisarts tot een andere conclusie kwam, zeggen de patiënten dat ze die geaccepteerd hebben.

"Dat heb ik weleens gedaan via internet, ja. Als je bepaalde klachten hebt, dat je gaat kijken van, wat zou het allemaal kunnen zijn? […] Ja, ik wacht wel even af wat zij ervan vindt en wat zij adviseert. Ik vind toch, zij hebben ervoor gestudeerd en zullen er iets meer van afweten dan ik. Ook al kun je via internet heel veel opzoeken, dat is natuurlijk gewoon heel lastig." (geïnterviewde patiënt nr. 11)

"Als je longontsteking of griep of iets anders hebt, dan kom je eerst bij de huisarts. Hij zegt heel vaak: dat moet je gewoon uitzieken, gewoon een poosje… En ik heb wel eens van, als je me misschien wat geeft, dan ben ik er misschien van af. […] Maar dan zegt hij: […] dan kom je gewoon over een week weer. Dat wordt altijd gezegd. En over het algemeen heeft hij wel gelijk, wat dat betreft." (geïnterviewde patiënt nr. 7)

4.2.2 Volgens huisartsen verwachten patiënten specifieke behandeling

De geïnterviewde huisartsen hebben iets andere beelden van de wensen en verwachtingen van hun patiënten. Enkele van de geïnterviewde huisartsen vinden dat patiënten vaak zonder duidelijke verwachting of zonder duidelijke vraag naar het spreekuur komen.

"Het zal je verbazen hoe vaak het voorkomt dat mensen eigenlijk niet weten wat ze aan de dokter willen gaan vragen. […] Negentig procent weet eigenlijk niet met welke vraag ze komen. Ik heb pijn aan de knie. Maar welke vraag ze daarbij hebben, hebben ze niet." (geïnterviewde huisarts nr. 8)

Andere huisartsen zeggen dat patiënten wel vooraf een specifieke behandeling (bijvoorbeeld een verwijzing) verwachten. De mate waarin dat voorkomt, varieert volgens de geïnterviewde huisartsen: 'soms', 'regelmatig', 'steeds vaker', 'vaak' of 'heel vaak' en hangt volgens sommigen van hen ook samen met kenmerken als leeftijd, opleidingsniveau of achtergrond. Patiënten uiten hun verwachtingen volgens de huisartsen meestal expliciet in de vorm van wensen ('ik wil'), maar soms ook impliciet. De geïnterviewde huisartsen lijken open te staan voor deze verwachtingen van patiënten en hier soms ook expliciet naar te vragen.

> *"Als ik af moet gaan op wat - want we schrijven in de agenda altijd de reden voor komst - dan staat daar niet altijd alleen maar de klacht, maar ook heel vaak van: wil kuur. Of: naar specialist, moet verwijzing of… […] Dan is er dus al een soort van vooringenomen plan."* (geïnterviewde huisarts nr. 16)

4.2.3 Als overtuigen niet lukt, gaan huisartsen soms mee met wensen van patiënten

De geïnterviewde huisartsen zeggen dat het voorkomt dat patiënten hen expliciet om een specifieke behandeling vragen; vooral een verwijzing voor diagnostiek of naar een medisch specialist worden hierbij als voorbeeld genoemd. Een deel van de huisartsen geeft aan dat ze dan eerst willen achterhalen waar de wens van de patiënt vandaan komt en wat de achtergronden daarvan zijn.

> *"Ik heb dus geleerd in de tijd om te kijken: wat is jouw vraag daarbij, waarom wil jij die foto, waarom wil jij die allergietest, waar zit je aan te denken? Eerst eens gaan exploreren naar de vraag van, wat speelt er, en dan kom je vervolgens ook bij het antwoord wat daarachter zit."* (geïnterviewde huisarts nr. 8)

In het geval dat de huisarts het niet eens is met de wens van de patiënt, bijvoorbeeld omdat die wens niet conform de richtlijnen is, dan probeert hij de patiënt ervan te overtuigen dat ingaan op die wens (nu) niet zinvol of niet nodig is. Als dat niet lukt, dan lijkt een deel van de geïnterviewde huisartsen vast te houden aan hun eigen standpunt.

> *"En mensen die al een afspraak maken met de specialist en dan vervolgens mij om een verwijsbrief vragen, daar zoek ik contact mee, en daarvan dan zeg ik: dat is niet de manier, ik wil u gezien hebben voordat ik u verwijs. […] Dus daar ben ik misschien wel heel rigide in."* (geïnterviewde huisarts nr. 15)

Andere huisartsen zeggen echter, als het niet lukt de patiënt te overtuigen of 'mee te krijgen', soms toch wel in te gaan op de wensen van de patiënt. Enkelen van hen geven aan daar later dan wel nog op terug te komen. De redenen die huisartsen aanvoeren voor het meegaan met de wensen van de patiënt, verschillen. Enkele huisartsen wijzen vooral op de keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, waar men als huisarts 'niet voor wil gaan liggen'. Andere huisartsen zeggen soms mee te gaan met de patiënt om de onderlinge verhouding niet te verstoren of de voortgang van de behandeling niet te belemmeren. Tot slot zijn er huisartsen bij wie het tegemoet komen aan de wensen van de patiënt vooral lijkt voort te komen uit een gevoel van onmacht: het lukt echt niet om de patiënt te overtuigen, men heeft geen tijd voor verdere discussies of men voelt zich onder druk gezet. De geïnterviewde huisartsen geven aan dat er wel een grens zit aan het 'meegaan met de wensen van de patiënt'. Voor sommigen van hen zit die

grens bij 'eisend' gedrag van de patiënt, voor de anderen gaat het meer om de inhoud van de beslissing die ze moeten nemen. Sommige huisartsen noemen hier situaties van onveiligheid of risico's als grens, voor anderen ligt de grens daar waar ze ervan overtuigd zijn dat een behandeling echt niet zinvol of effectief is.

> *"En nog weleens omdat de patiënt toch een andere stap eerst wil. Ik zeg bijvoorbeeld, er is een getrapte stap. Stap 1 is niks doen, stap 2 is fysiotherapie, stap 3 is pijnbestrijding en stap 4 is naar de specialist. De patiënt is vreselijk ongerust over die pijn in de knie. Hij zegt: ik wil toch graag nu naar de specialist. Dan ben ik er én op gericht om het contact met deze patiënt te behouden zoals ik het heb, hem inzicht te geven. En soms is het dan goed om eerst naar de specialist te sturen, zodat ik het volgende consult kan zeggen, nou weet u, de vorige keer… Dan merkt de patiënt ook: de dokter had gelijk. […]. Maar dan kies ik voor het behoud van de relatie en dan zeg ik niet: u gaat niet naar de specialist, want stap 2 in onze NHG-standaard is… Nee, dus dan marchandeer ik daarmee."* (geïnterviewde huisarts nr. 13)

> *"[En dan gaat u daar in mee?] Ja. In het begin ben je nog heel enthousiast en dan ga je nog even van: ja, maar dit en dat en nee, het is niet bewezen, en het is even effectief en… Op een gegeven moment laat je het los, want het kost zo veel tijd en energie, en die heb je gewoon niet. Je hebt gewoon geen tijd om met iedereen de discussie aan te gaan. Als je proeft dat iemand er wel open voor staat of dat-ie een gezond stel hersens heeft, dan wil je het wel eens proberen."* (geïnterviewde huisarts nr. 11)

4.3 Praten over antibiotica

Om inzicht te krijgen in de mate waarin patiënten (kunnen) meebeslissen over het voorschrijven van antibiotica, hebben we in de eerste plaats aan zowel patiënten als huisartsen gevraagd of ze met elkaar over antibiotica hebben gesproken.

4.3.1 Patiënten zeggen vooral mededelingen en uitleg over antibiotica te krijgen

Ongeveer vijf tot zes op de tien respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg Gezondheidszorg die in 2015 bij de huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking zegt dat in het contact met de huisarts gesproken is over het gebruik van antibiotica: hoesten 51% (N=60), neus-bijholteontsteking 55% (N=31) en blaasontsteking 62% (N=75). Van de groep patiënten waarbij over antibiotica is gesproken tijdens het contact, geeft iets meer dan de helft aan dat helemaal of eigenlijk niet om hun mening is gevraagd: hoesten 61% (N=36), neus-bijholteontsteking 53% (N=16) en blaasontsteking 57% (N=42).

Een deel van de geïnterviewde patiënten die bij hun huisarts zijn geweest voor hoestklachten, een neusbijholteontsteking of blaasontsteking, heeft toen met de huisarts niet over antibiotica gesproken. Bij enkele van deze patiënten heeft de huisarts toen overigens wel antibiotica voorgeschreven; de patiënten vertellen hierover als een mededeling van de huisarts (of assistente) dat men een recept krijgt.

> *"Ze vraagt sowieso naar de klachten en hoelang ik het al heb en wat ik er zelf al aan gedaan heb. En dan komt zij met het voorstel van: zullen we een antibioticakuur doen? En dan zeg ik dus*

ja als het een behoorlijke blaasontsteking is, waar ik heel veel last van heb." (geïnterviewde patiënt nr. 11)

"Nou, hij is hier gewoon geweest en toen kreeg ik die antibiotica." (geïnterviewde patiënt nr. 14)

Een ander deel van de geïnterviewde patiënten heeft wel met hun huisarts over antibiotica gesproken. Zij beschrijven dit vooral als uitleg van de huisarts waarom hij geen antibiotica voorschreef, maar in een enkel geval juist waarom hij wel antibiotica voorschreef.

"Toen hebben we dat gesprek gehad over antibiotica en hij zei: we moeten toch eerst beginnen met wat lichtere middelen en bepaalde soorten neussprays. Hij heeft ook uitgelegd dat antibiotica ook niet de garantie bieden dat je ervan af komt. Er zijn ergere dingen waarvoor je het nodig hebt. Maar voor iets lichts moet je niet direct met een antibioticum beginnen. Daar raak je gewoon op een gegeven moment aan gewend en dat kan later gewoon funest voor je zijn." (geïnterviewde patiënt nr. 9)

"[En wat waren toen uw verwachtingen van de huisarts, toen u contact zocht?] Nou, eigenlijk opnieuw een hoestprikkeldemper. En toen kreeg ik een antibioticumkuur. De huisarts vond de klachten toch wel dusdanig dat de huisarts zei: hier ga je niet zo even mee blijven rondlopen. Ook in combinatie met het feit dat ik kleine kinderen heb, vond ze het nodig… […] En daar kon ik me wel in vinden. Maar ik was even overvallen door het feit dat ze daarmee begon, want dat had ik helemaal niet verwacht." (geïnterviewde patiënt nr. 13)

4.3.2 Huisartsen stellen antibiotica aan de orde om te anticiperen op verwachtingen van patiënten

Ook aan de huisartsen hebben we gevraagd of ze met hun patiënten over antibiotica praten. Vrijwel alle geïnterviewde huisartsen zeggen dat ze tijdens consulten met patiënten die voor hoestklachten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking bij hen komen, antibiotica zelf ter sprake brengen, ook als patiënten daar niet om vragen. De huisartsen 'benoemen' dan bijvoorbeeld het verschil tussen virale en bacteriële infecties, de verwachte werkzaamheid en bijwerkingen van antibiotica of het hoe en waarom van de CRP-test. Ze lijken dit niet altijd expliciet in termen van voorlichting of uitleg te doen, maar meer impliciet, terloops en in algemene termen (bijvoorbeeld: 'sommige mensen denken dat antibioticum helpt', 'vroeger gaven we heel vaak antibiotica, 'antibiotica werken natuurlijk alleen maar als je bacteriën in je bloed hebt en niet als het een virus is', 'dat je daar eigenlijk niet te veel van kunt verwachten'). De huisartsen zeggen dit te doen om te anticiperen op (onuitgesproken) verwachtingen van patiënten dat ze antibiotica zullen krijgen.

"…dat ik er wel bij zeg: ik denk dat je een virusinfectie hebt, misschien heb je zelf nog even aan antibiotica gedacht, maar ik denk dat, met wat je nu hebt, het niet een meerwaarde heeft. Dus dat ik wel denk, die patiënt durft misschien ook niet. Ik heb het dan genoemd, dan is ook die onuitgesproken vraag wel beantwoord." (geïnterviewde huisarts nr. 2)

"Ik benoem het wel. Bijvoorbeeld nu in dit seizoen met de griep, dan benoem ik: je weet, griep is een virus, dus we gaan dadelijk even checken wat die CRP-waarde is, want dat is een waarde om de ontsteking in het bloed te testen, kijken of je een bacterie in je bloed hebt. Want ja, antibiotica werkt natuurlijk alleen maar als je bacteriën in je bloed hebt en niet als het een virus

is. Dus ja, ik benoem het wel. […] Ik ga dan niet op die hulpvraag wachten: je zult zeker wel antibiotica willen? Dat vind ik niet netjes om te vragen. Die kans geef ik ze niet eens. Ik sla ze eigenlijk de wapens uit handen, want die antibiotica krijgen ze namelijk niet van mij bij griep." (geïnterviewde huisarts nr. 7)

4.4 Huisartsen laten patiënten in verschillende mate meebeslissen

4.4.1 Mate van meebeslissen verschilt tussen huisartsen en tussen groepen patiënten

De geïnterviewde huisartsen zeggen dat ze patiënten laten meebeslissen. De mate waarin dat gebeurt, lijkt echter tussen huisartsen te verschillen. Een deel van de geïnterviewde huisartsen lijkt patiënten veel ruimte te bieden bij de keuze voor een behandeling. Deze huisartsen benadrukken dat zij aan patiënten vragen wat ze willen en of de patiënten zelf ideeën over de behandeling hebben. Als er verschillende behandelopties zijn, laten ze de keuze naar eigen zeggen bij de patiënt. Andere huisartsen lijken zich veel sturender op te stellen en daarmee patiënten minder ruimte te bieden om mee te beslissen. Deze huisartsen praten in hun antwoord op deze vraag in termen als 'sturend neerleggen', 'dringende advies', 'mijn beleid', 'verticale relatie' of 'duidelijk oordeel van de dokter'. De overige huisartsen nemen wat dit betreft een tussenpositie in. Zij vormen eerst zelf een idee over de behandeling en proberen vervolgens de patiënt via argumenten en communicatie hierin 'mee te nemen', zodanig dat er uiteindelijk een soort gezamenlijke besluitvorming ontstaat.

"Heel vaak. Dat is aan het einde van het consult, dan zeg je, oké wij hebben die en die opties en volgens mij zijn ze gelijkwaardig; wat zou u er in willen? Dus ik laat de keuze dan ook weer bij hen." (geïnterviewde huisarts nr. 3)

"Je moet altijd keuzemogelijkheden geven. Maar die kun je natuurlijk wel een beetje sturend neerleggen. […] Dat hangt ook van de tijd af. Als je het superdruk hebt, dan ben je wel eens meer kort door de bocht. Dan kun je ook zeggen: gezien dat lijkt het me wel verstandig dat we het zo of zo doen. […] Bij iedere klacht heb je op een gegeven moment een soort van verhaal in de loop der jaren. […] En sommige mensen zijn kritisch en sommige mensen gaan mee in dat verhaal - het is ook hoe je het vertelt - en dan gaan ze ermee akkoord. Ja, het is ook how to sell the message." (geïnterviewde huisarts nr. 4)

Ook hebben we aan de huisartsen gevraagd in hoeverre zij verschillen ervaren tussen groepen patiënten (bijvoorbeeld naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit, etc.) in de mate waarin zij mee willen en kunnen beslissen over een behandeling. De geïnterviewde huisartsen ervaren op dit punt duidelijke verschillen tussen hun patiënten. Vooral leeftijd en opleidingsniveau, sociaaleconomische status of IQ worden hierbij genoemd: ouderen en lager opgeleiden willen en kunnen minder meebeslissen over een behandeling dan jongeren en hoger opgeleiden. Ook regio, woonplaats (stad of platteland) en afkomst worden door enkele huisartsen genoemd als factoren die hierbij een rol spelen. Sommige huisartsen benadrukken echter dat vooral persoonskenmerken bepalen of een patiënt wil en kan meebeslissen. Hierbij worden bijvoorbeeld genoemd: angst (weerstand tegen pillen, ontkennen van ziekte), de bereidheid en het vermogen om (leefwijze) te veranderen en zelfinzicht.

“Ik merk ook wel verschil nu weer op het platteland ten opzichte van de stadspraktijk hiervoor. Dat maakt toch ook uit. Mensen zijn hier toch nog wel wat meer van 'ja dokter, zegt u het maar'. Dus die twee dingen, opleidingsniveau, populatie stad-platteland. Met de allochtone groep vond ik dat ook heel lastig trouwens om echt een gezamenlijk shared decision te nemen. […] Omdat zij heel anders gewend zijn.” (geïnterviewde huisarts nr. 14)

4.4.2 Beperkt meebeslissen over antibiotica

Huisartsen laten patiënten soms meebeslissen over antibiotica

De geïnterviewde huisartsen antwoorden verschillend op de vraag of ze patiënten met hoestklachten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking laten meebeslissen over het voorschrijven van antibiotica. Een deel van hen zegt dat ze de keuze voor het al dan niet voorschrijven van antibiotica deels aan de patiënt laten, waarbij sommige huisartsen wel ‘dringend adviseren’ of ‘sturen’. Andere huisartsen spreken niet zozeer in termen van kiezen of meebeslissen, en vragen dus ook niet expliciet naar de mening van de patiënt, maar laten de argumenten of het gedrag van de patiënten wel een rol spelen in de besluitvorming over antibiotica. Eén huisarts stelt dat hij de beslissing neemt en patiënten daarbij niet om hun mening vraagt.

“Ja. Ik geef ze de keus. De keus tussen: ik denk dat als je aanziet en afwacht, dat dat ook wel weg zal gaan, en als je wat zou willen proberen, dan zou je een antibioticum moeten pakken, alleen de vraag is in hoeverre dat aanslaat of, de ervaringen zijn dat dat vaak weinig doet bij deze klachten, maar heb je zelf een duidelijke voorkeur hiervoor? En dan ga ik in feite polsen wat iemand wil.” (geïnterviewde huisarts nr. 12)

“Niet zozeer beslissen, maar ik laat het beslissen wel eens een keer afhangen van hoe hun attitude is. Of ze met de deuren gaan slaan. Ja. Is soms wel lastig hoor. […] Dan moet je toch wel eens een keer wat toegeeflijk wezen. […] Maar ja. Is dat meebeslissen? Nee, dat is geen meebeslissen, dat is de boel onder druk zetten. Wat dat betreft zou ik het niet zo direct meebeslissen noemen.” (geïnterviewde huisarts nr. 9)

Huisartsen proberen patiënten mee te krijgen met hun beslissing

Aan de huisartsen hebben we gevraagd wat zij doen als ze merken dat een patiënt onterecht antibiotica verwacht. De geïnterviewde huisartsen zeggen de patiënt dan uitleg te geven. Ze leggen uit waarom antibiotica niet zullen werken, wat de nadelen van antibiotica zijn en welke andere dingen de patiënt kan doen om sneller van zijn klachten af te komen. Sommige huisartsen onderbouwen de uitleg met de uitslag van een CRP-test. Een deel van de huisartsen geeft aan dat hun uitleg meestal wel geaccepteerd wordt.

“De luchtweginfecties, dat is een veelvoorkomend probleem. En ook veel mensen die daar dan toch een oplossing in verwachten in de hoek van antibiotica. Ik gebruik tegenwoordig vaak het hulpmiddel van de CRP-test om daar dan nog een extra diagnostisch middel in te gebruiken […] Door uitleg van niet werkzaamheid en door uitleg over de nadelen. Over de bijwerkingen voor de persoon zelf met name, want ik denk dat dat voor de persoon in kwestie het belangrijkste is. […] En ook dat je als je vaak antibioticumkuren krijgt, op langere termijn het risico loopt dat op een geven moment een bacterie komt die niet meer te behandelen is met antibiotica. Dat er dan niets meer voorhanden is. […] Vaak werkt dat, ja.” (geïnterviewde huisarts nr. 14)

"Dan zeg ik dat: u wilt graag antibioticum, omdat u dat graag wil zal ik dat voorschrijven, maar ik denk niet het u zal helpen. Dus dan vertel ik wel hoe ik erover denk, maar dan mogen ze het eventueel wel hebben. […] Vroeger zei ik: het is echt een virus, u krijgt het absoluut niet. Maar dat gaf weer conflicten, dus ik heb nu een andere benadering van: u mag het hebben, maar ik denk niet dat ze helpen. […] En als ze dan inderdaad toch veertien dagen ziek blijven door de griep, dan leren ze het zelf wel af dat dat niet werkt." (geïnterviewde huisarts nr. 3)

4.5 Patiënten vinden meebeslissen belangrijk, maar laten beslissingen vaak over aan de huisarts

4.5.1 Huisarts neemt meeste beslissingen

Patiënten spreken met huisarts over verschillende behandelmogelijkheden

De geïnterviewde patiënten zeggen dat ze met hun huisarts wel eens over verschillende behandelmogelijkheden voor hun klachten of ziekte praten. De manier waarop dat gebeurt, lijkt echter te verschillen. Een deel van de patiënten vertelt dat de huisarts meestal vraagt wat ze zelf zouden willen. Anderen beschrijven de gesprekken meer in de vorm van een voorstel of advies van de huisarts die vervolgens aan de patiënt vraagt wat deze daarvan vindt. Enkele patiënten zeggen meestal zelf met een idee of voorstel voor behandeling te komen en dat met de huisarts te bespreken. Tot slot zijn er een paar patiënten die aangeven niet met hun huisarts te spreken over verschillende behandelmogelijkheden; zij lijken daar ook geen behoefte aan te hebben.

"Ja, dat gebeurt eigenlijk altijd wel. […] Dat vind ik wel even lastig. Er wordt wel vaak gevraagd wat ik zelf denk. Ik weet niet of dat altijd direct de mening is maar… Het zijn wel hele open gesprekken altijd: wat is er aan de hand, wat denk je zelf en wat zou je willen?" (geïnterviewde patiënt nr. 1)

"Tuurlijk, ja, ja. Dan overleg ik ook: wat zou ik nog eerst kunnen proberen. Bijvoorbeeld met een blaasontsteking; eerst goed drinken, vitamine C kan je daarvoor nemen. En daar staat de huisarts ook voor open. […] Zij weet hoe ik ben en dat ik eerst eigenlijk de natuurlijke manier wil proberen voordat ik antibiotica wil. Maar ze staat er ook voor open als ik dan zeg, ik heb dit of dit gedaan en dat heeft toen geholpen. En dan hebben we geen antibiotica nodig." (geïnterviewde patiënt nr. 8)

Patiënten willen vooral een behandeling kunnen weigeren

De geïnterviewde patiënten geven aan het (heel) belangrijk te vinden dat ze bij hun huisarts kunnen meebeslissen over een behandeling omdat het om hun eigen gezondheid gaat. Uit hun toelichting blijkt dat dit vooral geldt als ze een specifieke behandeling niet willen hebben; dan wil men de mogelijkheid krijgen om deze behandeling te weigeren. Een deel van de geïnterviewde patiënten interpreteert meebeslissen vooral in termen van gehoord worden en goede uitleg, informatie of advies krijgen en vinden dat ook belangrijk. En enkele patiënten laten de beslissing liever aan de huisarts en vinden het niet prettig als de huisarts daarin niet doortastend optreedt.

"Ja, dat vind ik wel belangrijk, dat je zelf ook een beetje meedenkt wat er goed is en wat er niet goed is, want ik ben ook niet zo voor alsmaar medicijnen slikken. Het liefst zo min mogelijk." (geïnterviewde patiënt nr. 11)

"Heel erg belangrijk, alleen ik vind wel dat vaak wordt gezegd door een huisarts: wat denkt u zelf? En ik zou ook soms weleens gewoon behoefte hebben aan - ik ben daar omdat ik het zelf niet weet - wat is de mening van de huisarts. Ik heb er soms moeite mee om die eruit te krijgen." (geïnterviewde patiënt nr. 13)

Patiënten zeggen dat beslissingen veelal door huisarts worden genomen

Gevraagd naar wie uiteindelijk de beslissing neemt, zeggen enkele geïnterviewde patiënten dat zij dat zelf doen. Sommige patiënten vertellen dat beslissingen meestal in samenspraak genomen worden. De overige patiënten geven echter aan dat beslissingen veelal door de huisarts genomen worden. Een deel van de patiënten die de beslissing meestal aan de huisarts overlaten, geeft aan diens beslissing te accepteren, omdat ze vertrouwen op de deskundigheid van de huisarts.

"Dat doen we samen. De ene keer vraag ik het: is het niet beter dat ik dan naar [plaats ziekenhuis] toe ga? De andere keer zegt hij - terwijl ik er dan nog helemaal niet aan dacht - misschien dat er even iemand anders naar moet kijken. […] Beiden. Misschien dat ik de ene keer iets meer de boventoon voer en de andere keer hij wat meer. Maar dan is het niet zo dat ik dan denk van laat ik het dan maar doen omdat hij het zegt. Dat gevoel heb ik dan ook helemaal niet." (geïnterviewde patiënt nr. 7)

"Meestal maakt de huisarts dan de keuze van: we proberen eerst even dit, want meestal is dat voldoende en als dit niet aanslaat, dan gaan we verder. […] Volgens mij meestal de huisarts, want ik heb er geen verstand van. Dus ik neem aan dat hij mij de goede behandeling toestuurt." (geïnterviewde patiënt nr. 12)

Patiënten leggen zich neer bij weigering huisarts

Een deel van de geïnterviewde patiënten heeft nog nooit meegemaakt dat hun huisarts een behandeling die men graag wilde, geweigerd heeft. Andere patiënten hebben dit wel meegemaakt; in de meeste gevallen hebben ze toen de beslissing van de arts geaccepteerd, maar een patiënte zegt dat ze ook wel eens een doorverwijzing heeft 'opgeëist'. Enkele patiënten vertellen over iets minder expliciete situaties van verkoudheid of griep, waarbij ze eigenlijk wel medicijnen of een verwijzing van de huisarts wilden, maar deze zei dat ze moesten 'uitzieken' of dat een verwijzing nog niet nodig was. Deze patiënten hebben zich daarbij neergelegd. Tot slot vertelt een patiënte uitvoerig hoe ze een half jaar lang bij de huisarts 'de deur platgelopen' heeft, om een verwijzing naar een specialist heeft gevraagd (maar aanvankelijk niet gekregen), door verschillende specialisten ook niet goed beluisterd en onderzocht is, en uiteindelijk een zeer ernstige aandoening bleek te hebben waarvoor ze met spoed behandeld moest worden. Zij voelt zich door dit alles 'afgescheept' en op haar tenen getrapt.

"Dat ze mijn longen beluisterde. En eventueel een doorverwijzing naar de röntgen. Maar dat is niet gebeurd. Want dat vond ze niet nodig. Zij zegt: nee, er zit wel wat maar niet voldoende om jou weer naar het ziekenhuis te sturen. Nou, daar ben ik mee akkoord gegaan." (geïnterviewde patiënt nr. 4)

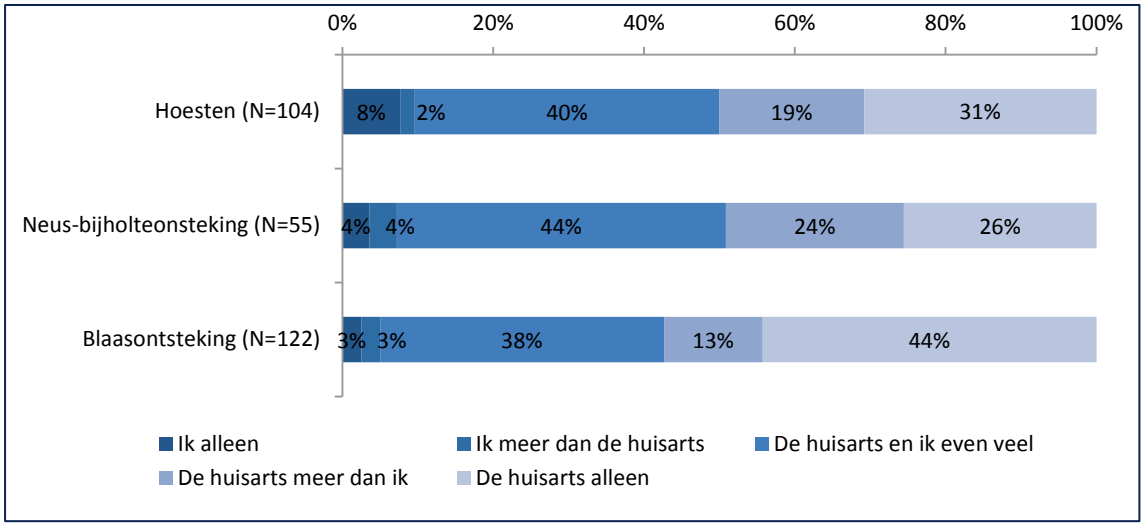
"De discussie gevoerd en uiteindelijk gewoon ook doorgezet op dat het ons recht was om een doorverwijzing te krijgen, dus ook gewoon een doorverwijzing min of meer opgeëist. Ja, ik heb hem gekregen." (geïnterviewde patiënt nr. 13)

4.5.2 Patiënten zijn het vaak eens met beslissing over voorschrijven antibiotica door huisarts

Volgens patiënten neemt huisarts meestal beslissing over antibiotica

Volgens de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die in 2015 bij de huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteonsteking en blaasontsteking, is de beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven vooral door de huisarts genomen (zie figuur 4.1) Bij zowel hoesten (50%) als neus-bijholteontsteking (50%) geeft de helft aan dat de beslissing meer of alleen door de huisarts werd genomen, voor blaasontsteking is dit 57%. Voor alle drie de aandoeningen geeft ongeveer vier op de tien patiënten aan dat de huisarts en zij de beslissing samen hebben genomen. Bij hoesten geldt dat hoe meer de huisarts de beslissing heeft genomen volgens de patiënt, hoe vaker men aangeeft antibiotica te hebben gekregen (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht). De relatie is er niet voor neus-bijholteontsteking en blaasontsteking.

Figuur 4.1 Wie nam volgens de patiënten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg de beslissing om al dan niet antibiotica voor te schrijven (voor exacte vraagstelling: zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Patiënten die om antibiotica vragen[6], krijgen significant vaker antibiotica voorgeschreven dan patiënten die niet om antibiotica vragen (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, zie ook hoofdstuk 3).

Het overgrote merendeel van de patiënten van het Consumentenpanel die bij hun huisarts zijn geweest voor hoestklachten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking was het (helemaal) eens met de beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven voor hun klacht (varieert van 82% tot 87% per aandoening). Ook geeft het overgrote deel aan gerust te zijn gesteld door het contact met de huisarts over hun klacht (varieert van 79% tot 92% per aandoening).

Ook uit de interviews met patiënten blijkt dat de beslissing om antibiotica voor te schrijven bij een

[6] Antibiotica krijgen is in de logistische regressieanalyse opgenomen als dichotome variabele met twee categorieën: 0 = nee niet en 1 = ja voor direct gebruik / ja voor later gebruik. Antibiotica vragen is meegenomen als continue variabele (waarden 1 tot 4, helemaal niet tot helemaal wel). In de analyse zijn alle aandoeningen samengenomen.

deel van de patiënten door de huisarts is genomen. Deze patiënten vertellen dat de huisarts voorstelde om antibiotica voor te schrijven en dat zij daarmee akkoord gingen. Bij één patiënt is de beslissing gezamenlijk genomen en één van de geïnterviewde patiënten heeft druk op de huisarts gezet om antibiotica voor te schrijven, door aan te geven dat hij anders naar de longarts zou gaan. Sommige patiënten geven aan dat het mogelijk is om (gedeeltelijk) mee te beslissen.

> *"Nou ja, gedeeltelijk. Als mijn huisarts vindt dat het nog niet nodig is, dan krijg ik het ook niet. En als de huisarts vindt dat het nodig is en ik denk, ik kan nog wel even wachten, dan staat de huisarts daar wel voor open."* (geïnterviewde patiënt nr. 13)

> *"Ik wilde graag antibiotica, maar hij heeft mij wel kunnen overtuigen om het eerst maar even niet te doen, gewoon puur omdat het een lichte ontsteking is en antibiotica ook niet altijd even goed werken."* (geïnterviewde patiënt nr. 9)

4.6 Conclusies

In dit hoofdstuk onderzochten we de rol van patiënten bij beslissingen van huisartsen om af te wijken van richtlijnen. Specifiek zijn we daarbij ingegaan op beslissingen over het voorschrijven van antibiotica.

We hebben gezien dat wensen van patiënten volgens de geïnterviewde huisartsen een rol spelen bij het afwijken van richtlijnen en dat dit soms tot spanning leidt. De meeste geïnterviewde huisartsen proberen die spanning in eerste instantie op te heffen door uitleg en overtuiging. Als het niet lukt patiënten te overtuigen, zeggen deze huisartsen soms mee te gaan met hun wensen. Als gevolg daarvan schrijven de geïnterviewde huisartsen soms antibiotica voor terwijl die niet nodig zijn. Een belangrijk argument voor een deel van de geïnterviewde huisartsen om dit te doen is hun behoefte om de relatie met de patiënt goed te houden en de voortgang van de behandeling niet te hinderen. Bij sommige geïnterviewde huisartsen lijkt het tegemoet komen aan de wensen van de patiënt en daardoor afwijken van richtlijnen vooral voort te komen uit een gevoel van onmacht: het lukt echt niet om de patiënt te overtuigen, men heeft geen tijd voor verdere discussies of men voelt zich onder druk gezet.

Het is overigens de vraag in hoeverre huisartsen volledig op de hoogte zijn van de wensen van hun patiënten. Uit de vragenlijst die is afgenomen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt namelijk dat respondenten die bij hun huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking niet altijd met hun huisarts over antibiotica praten. Als dat wel gebeurt, vragen volgens patiënten de huisartsen meestal niet naar hun mening. Verder zeggen de geïnterviewde patiënten dat ze vooral naar de huisarts gaan voor diagnose en advies, terwijl een deel van de geïnterviewde huisartsen aangeeft dat patiënten vooraf een specifieke behandeling verwachten. De geïnterviewde huisartsen zeggen bovendien dat ze antibiotica zelf aan de orde stellen om te anticiperen op (onuitgesproken) verwachtingen van patiënten.

Tot slot blijkt dat patiënten in slechts beperkte mate meebeslissen over het voorschrijven van antibiotica. De beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven is volgens de patiënten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die bij de huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-

bijholteontsteking of blaasontsteking vooral door de huisarts genomen. Het overgrote merendeel van de patiënten was het (helemaal) eens met de beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven. Sommige geïnterviewde patiënten vinden meebeslissen wel belangrijk, maar laten beslissingen vaak over aan de huisarts. Ze willen vooral een behandeling kunnen weigeren. Een deel van de geïnterviewde patiënten zegt dat beslissingen veelal door de huisarts worden genomen, en dat zij zich daarbij neerleggen. Dit geldt ook voor het voorschrijven van antibiotica. Tot slot lijkt ook uit de interviews met huisartsen het meebeslissen over antibiotica beperkt. In het algemeen zeggen de geïnterviewde huisartsen dat zij patiënten laten meebeslissen, maar wat betreft het voorschrijven van antibiotica zeggen de huisartsen vooral dat ze uitleg geven en patiënten proberen te overtuigen om ze mee te krijgen met hun beslissing.

Huisartsen vragen patiënten niet altijd expliciet naar hun wensen en nemen meestal zelf de beslissingen wat betreft het voorschrijven van antibiotica. Wel zeggen huisartsen dat de wensen van patiënten een rol spelen bij het afwijken van richtlijnen. De rol van patiënten op het afwijken van richtlijnen en bij het onterecht voorschrijven van antibiotica lijkt vooral te maken te hebben met dat huisartsen aangeven de onderlinge relatie goed te willen houden en de druk die zij soms vanuit patiënten zeggen te ervaren.

5 Conclusie en beschouwing

Het volgen van richtlijnen wordt over het algemeen gezien als indicator voor de kwaliteit van de geleverde zorg (Mainz, 2013). Daarnaast wordt ook het verlenen van zorg met inachtneming van de verwachtingen en wensen van individuele patiënten gezien als belangrijk aspect van kwalitatief goede zorg (IOM, 2001). Deze aspecten kunnen strijdig met elkaar zijn als de verwachtingen en wensen van de individuele patiënt afwijken van de richtlijn (Greer et al., 2002; Krahn en Naglie, 2008). Het is bekend dat huisartsen soms afwijken van richtlijnen (De Jong, 2008; Francke et al., 2008). We onderzochten daarom wat de rol van patiënten is bij het afwijken van richtlijnen door huisartsen. Specifiek richtten we ons op het voorschrijven van antibiotica binnen de NHG-standaarden Acuut hoesten, Acute rhinosinusitis en Urineweginfecties.

We gebruikten een innovatieve combinatie van bronnen en methoden: we analyseerden data van NIVEL Zorgregistraties, namen een vragenlijst af onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en interviewden patiënten en huisartsen. Op deze manier hebben we de rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen van verschillende kanten belicht. De verschillende bronnen versterken elkaar en leiden samen tot de beantwoording van de onderzoeksvragen.

5.1 Conclusies en beschouwing

5.1.1 Opvolgen van richtlijnen en voorschrijfpercentages voor antibiotica

Uit analyses van NIVEL Zorgregistraties blijkt dat huisartsen regelmatig antibiotica voorschrijven als daar volgens de NHG-standaard geen of een onzekere indicatie voor is. Percentages episodes (klachtenperiodes) waarvoor antibiotica worden voorgeschreven variëren van 7% voor hoestklachten en 46% voor acute/chronische sinusitis (beide zonder indicatie voor antibiotica) tot 72% voor urineweginfecties (met een onzekere indicatie voor antibiotica). Dit komt overeen met eerder onderzoek (NHG-standaard Acuut hoesten, 2013; NHG-standaard Acute rhinosinusitis, 2014; Broek d'Obrenan et al., 2014, Cals et al., 2008; Coenen et al., 2013, Dekker et al., 2015; Van Duijn et al., 2007; Reinders, 2016; Roukens et al., 2015; Willems et al., 2014; Van Esch et al., 2016). Uit de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg leiden we af dat artsen de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaarden wisselend opvolgen. Voor hoesten worden de niet-medicamenteuze aanbevelingen minder vaak opgevolgd dan voor neus-bijholteontsteking volgens de respondenten, terwijl voor hoesten juist vaker onterecht antibiotica worden voorgeschreven dan voor neus-bijholteontsteking.

Naast het feit dat huisartsen regelmatig antibiotica voorschrijven terwijl daar volgens de NHG-standaard geen of een onzekere indicatie voor is, valt ook op dat als er wél een indicatie is (bijvoorbeeld bij pneumonie), voorschrijfpercentages vaak flink lager zijn dan 100% (bij pneumonie 59%). Dit is ook gevonden door Ivanovska et al. (2016) in onderzoek naar antibioticavoorschriften voor kinderen. Zij noemen verschillende mogelijke oorzaken. Patiënten met indicatie zijn vaker ernstig ziek en zullen daarom soms worden verwezen naar de tweede lijn. Mogelijk schrijven huisartsen in die gevallen geen antibiotica voor, maar krijgen deze patiënten in de tweede lijn alsnog antibiotica. Antibiotica voorgeschreven in de tweede lijn zijn niet meegenomen in dit

onderzoek. Specifiek voor pneumonie noemen Ivanovska et al (2016) als mogelijke oorzaak dat er sprake kan zijn van virale pneumonie, waarvoor antibiotica niet geïndiceerd zijn. Daarnaast kan er een contra-indicatie voor antibiotica zijn, vooral bij patiënten die ook andere medicijnen gebruiken.

5.1.2 Verwachtingen en wensen van patiënten met betrekking tot antibiotica

Een tiende tot bijna een vijfde (11%-17%) van de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die contact hebben gehad met de huisarts voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking, heeft de huisarts tijdens dat contact gevraagd om antibiotica voor te schrijven. Een groter deel hoopte (31%-67%) of verwachtte (40%-85%) antibiotica te krijgen voor de drie aandoeningen. Dit is in lijn met onderzoek van Coenen et al. (2013) die in hun onderzoek, uitgevoerd binnen 13 landen in Europa, vonden dat voor acuut hoesten 45% respectievelijk 41% van de patiënten antibiotica verwachtte en hoopte te krijgen. Zij vonden ook dat 10% om antibiotica heeft gevraagd.

5.1.3 Variatie tussen huisartsenpraktijken

De mate waarin respondenten hopen dat ze antibiotica krijgen, verwachten dat ze antibiotica krijgen en vragen om antibiotica verschilt aanzienlijk tussen huisartsenpraktijken. Een mogelijke verklaring hiervoor is het voorschrijfbeleid van de huisarts. Als de huisarts een terughoudender voorschrijfbeleid voert, hopen en verwachten patiënten – op basis van hun eerdere ervaringen – mogelijk minder vaak dat zij antibiotica voorgeschreven krijgen. Uit analyse van NIVEL Zorgregistraties blijken ook de voorschrijfpercentages bij antibiotica terwijl daar geen indicatie voor is, sterk te verschillen tussen huisartsenpraktijken. Deze variatie is ook gevonden in eerder onderzoek van Ivanovska et al (2016) naar antibioticavoorschriften voor kinderen, ook op basis van NIVEL Zorgregistraties. Bij de bepaling van de voorschrijfpercentages is voor zover mogelijk rekening gehouden met alle bekende medische factoren en gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Het is daarom waarschijnlijk dat de variatie in voorschijfpercentages vooral niet-medische oorzaken heeft.

De verschillen tussen huisartsenpraktijken in het voorschrijven van antibiotica kunnen samenhangen met de houding van huisartsen ten aanzien van antibiotica. Deze houding varieert volgens de geïnterviewde huisartsen van ‘terughoudend’ tot ‘ik schrijf te vaak voor’. Uit eerder onderzoek blijkt dat praktijkvariatie onder andere verklaard kan worden uit verschillen in de voorkeuren van individuele artsen en verschillen in sociale context tussen groepen artsen (Westert en Groenewegen, 1999; Wennberg en Gittelsohn 1975; Chassin, 1993). In dit onderzoek hebben we geen eenduidig verband kunnen vaststellen tussen het voorschijfgedrag van de huisarts voor antibiotica zonder indicatie, en het hopen, verwachten en vragen van de respondenten. Wel is er een duidelijke relatie tussen vragen en het voorschrijven van antibiotica, als individuele patiënten om antibiotica vragen. Dat het vragen om antibiotica van invloed is op het voorschrijven van antibiotica blijkt ook uit onderzoek onder Vlaamse huisartsen naar niet-medische redenen om antibiotica voor te schrijven en uit onderzoek onder Engelse artsen. Uit deze onderzoeken kwam namelijk naar voren dat ‘patient demand’ of ‘pressure’ voor artsen een belangrijke factor is om antibiotica voor te schrijven (Coenen et al., 2006; Butler et al., 1998; Macfarlane et al., 1997). Coenen et al. (2013) daarentegen vonden in hun onderzoek naar acuut hoesten geen relatie tussen het expliciet vragen om antibiotica door de patiënt en het voorschrijven van antibiotica door de arts.

5.1.4 De houding van respondenten ten opzichte van antibiotica

In het algemeen zijn respondenten terughoudend ten opzichte van antibiotica: bijna negen op de tien vinden dat bij alledaagse klachten (zoals hoesten) antibiotica niet noodzakelijk zijn en weten dat onnodig gebruik van antibiotica ze minder werkzaam maakt, blijkt uit de vragenlijst. Volgens de geïnterviewde huisartsen verschilt de houding van patiënten ten aanzien van antibiotica sterk, hebben patiënten over het algemeen (te) hoge verwachtingen van antibiotica en denken ze dat antibiotica voor (bijna) alles een oplossing bieden. Coenen et al. (2013) lieten in hun onderzoek naar acuut hoesten zien dat de percepties die artsen hebben niet overeenkomen met het beeld dat patiënten hebben ten aanzien van een antibioticabehandeling. Ook op grond van ons onderzoek kunnen we de vraag stellen in hoeverre huisartsen op de hoogte zijn van de wensen van hun patiënten. In de vragenlijst die is afgenomen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg geven respondenten die bij hun huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking aan dat in het contact met de huisarts niet altijd over antibiotica is gepraat.

5.1.5 De rol van patiënten bij het voorschrijven van antibiotica

Wensen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt spelen volgens de geïnterviewde huisartsen soms een rol bij het voorschrijven van antibiotica; vooral als de medische indicatie voor wel of geen antibiotica niet duidelijk is. Als de wensen van patiënten wat betreft antibiotica niet overeenkomen met de richtlijn, leidt dat soms tot spanning. Het overtuigen van patiënten is een van de mogelijkheden die door een aantal geïnterviewde huisartsen wordt genoemd. Als dat niet lukt, zeggen ze toch mee te gaan met de wensen van de patiënt en dus antibiotica voor te schrijven terwijl die volgens de richtlijn niet nodig zijn. Zij zeggen dat vooral te doen om de relatie met de patiënt goed te houden, of soms uit een gevoel van onmacht.

De beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven is volgens de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die bij de huisarts zijn geweest voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking, meestal door de huisarts genomen. Het overgrote merendeel van de respondenten die bij de huisarts zijn geweest, was het (helemaal) eens met de beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven. Ook geeft meer dan de helft van alle respondenten aan dat zij denken dat het moeilijk is om de huisarts te kunnen overtuigen om antibiotica voor te schrijven. Sommige geïnterviewde patiënten vinden meebeslissen wel belangrijk, maar laten beslissingen vaak over aan de huisarts. Ze willen vooral een behandeling kunnen weigeren. Tot slot lijkt ook uit de interviews met huisartsen het meebeslissen over antibiotica beperkt. In het algemeen zeggen de geïnterviewde huisartsen dat zij patiënten laten meebeslissen, maar wat betreft het voorschrijven van antibiotica zeggen ze vooral uitleg te geven en patiënten proberen te overtuigen om ze mee te krijgen met hun beslissing. Een deel van de geïnterviewde huisartsen zegt dat ze antibiotica zelf aan de orde stellen om te anticiperen op (onuitgesproken) verwachtingen van patiënten.

5.2 Mogelijkheden voor het verbeteren van voorschrijven van antibiotica

Uit dit onderzoek volgen verschillende mogelijkheden om het voorschrijven van antibiotica door de huisarts te verbeteren. Uit NIVEL Zorgregistraties en de vragenlijst ontstaat de indruk dat het voorschrijven van antibiotica zonder indicatie kan verminderen als huisartsen vaker de niet-medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-standaarden opvolgen. Opvallend is dat de meeste

geïnterviewde huisartsen aangeven dat ze vinden dat er minder antibiotica zouden moeten worden voorgeschreven, wat ook aansluit bij onze bevindingen uit NIVEL Zorgregistraties en eerder onderzoek (Tell et al., 2015; MacFarlane et al., 1997; Lundkvist et al., 2002; Van Dijk et al., 2011). Ook volgt uit dit onderzoek dat door niet-medische oorzaken van praktijkvariatie aan te pakken het onterecht voorschrijven zou kunnen verminderen, vooral in de praktijken waarin meer dan gemiddeld wordt voorgeschreven. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om verschillen in de voorkeuren van individuele artsen.

Volgens sommige geïnterviewde huisartsen zouden er minder antibiotica kunnen worden voorgeschreven als artsen meer zouden praten met patiënten. Uit het huidige onderzoek blijkt dat patiënten weinig om hun mening (over antibiotica) wordt gevraagd en dat meebeslissen bij het voorschrijven van antibiotica slechts beperkt plaats vindt. Het concept van gezamenlijke besluitvorming biedt een framework om de verwachtingen, waarden en voorkeuren van patiënten met betrekking tot antibiotica in kaart te brengen (Davey et al., 2002; Butler et al., 2001). Bij gezamenlijke besluitvorming (shared decision-making) “gaat het om uitwisseling van informatie, zowel van de arts naar de patiënt (informatie over de diagnose, de prognose, de behandelmogelijkheden en de voor- en nadelen ervan), als van de patiënt naar de arts (welke mate de patiënt betrokken wil zijn bij de besluitvorming en zijn persoonlijke voorkeuren met betrekking tot de behandeling). Deze uitwisseling moet leiden tot een gezamenlijk genomen beslissing over diagnostiek, behandeling of zorg” (Ouwens et al., 2012). Een Cochrane review laat zien dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot het minder voorschrijven van antibiotica voor acute luchtweginfecties in de eerste lijn (Coxeter et al., 2015). Davey et al. (2002) redeneren dat door gezamenlijke besluitvorming patiënten in de toekomst mogelijk minder naar antibiotica vragen als deze niet van toepassing zijn.

5.3 Sterke punten en beperkingen van dit onderzoek

Een belangrijk sterk punt van dit onderzoek is de combinatie van verschillende onderzoeks-methoden en bronnen (registratiedata, vragenlijst en interviews) waarmee de rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen zowel kwantitatief als kwalitatief onderzocht kon worden. Voorschrijfpercentages uit NIVEL Zorgregistraties konden we duiden met behulp van uitkomsten uit de vragenlijst en de interviews. De resultaten uit de vragenlijst verdiepten we met bevindingen uit de interviews. Ook de grootte en betrouwbaarheid van de gebruikte database (NIVEL Zorgregistraties eerste lijn) met individuele patiëntgegevens is een sterk punt. Met de beschikbare gegevens over bijvoorbeeld comorbiditeit en comedicatie konden indicaties voor antibiotica op individueel niveau bepaald worden, rekening houdend met de meeste belangrijke medische factoren. Het grote aantal patiënten en praktijken in de database maakte het mogelijk gemiddelde voorschrijfpercentages en spreiding tussen huisartsenpraktijken nauwkeurig te bepalen.

Dit onderzoek kent ook beperkingen. Zo is uit NIVEL Zorgregistraties niet op te maken of patiënten ernstig ziek zijn of koorts hebben. Hierdoor zijn de voorschrijfpercentages zonder of met onzekere indicatie volgens de NHG-standaard rhinosinusitis overschattingen. Een andere beperking heeft te maken met de selectie van patiënten en huisartsen voor interviews. Het is goed mogelijk dat patiënten en huisartsen die bereid zijn mee te werken aan een interview andere opvattingen over antibiotica en richtlijnen hebben dan patiënten en huisartsen die niet willen meedoen aan een

interview. Hierdoor is het mogelijk dat we geen volledig beeld van mogelijke opvattingen en ervaringen hebben kunnen achterhalen. Ook de respondenten van het Consumentenpanel kunnen afwijken van de algemene bevolking, onder andere doordat de groep die de vragenlijst heeft ingevuld kan afwijken van de groep die dat niet heeft gedaan. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat vooral leden die geïnteresseerd zijn in het onderwerp of er ervaring mee hebben de vragenlijst hebben ingevuld. Een deel van de vragenlijstuitkomsten is bovendien afhankelijk van het geheugen van de respondenten: zij werden gevraagd terug te blikken op het vorige kalenderjaar. Mogelijk heeft dit onnauwkeurigheden in de vragenlijstuitkomsten veroorzaakt.

5.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

We weten niet in hoeverre de conclusies van dit onderzoek ook gelden voor andere vormen van afwijken van richtlijnen, zoals bij het adviseren van andere medicatie, behandelingen of diagnostiek. Voorschrijven van antibiotica is een speciaal onderwerp, in de zin dat er veel variatie in voorschrijven is. Ook geldt voor antibiotica dat veel patiënten er bekend mee zijn en dat patiënten er vaak een mening over hebben (Hamm et al., 1996, Van Duijn et al., 2006). Mogelijk is de rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen anders als het gaat om behandelingen waar patiënten minder vaak een (duidelijke) mening over hebben of waarbij er minder variatie tussen huisartsenpraktijken is. Afwijken van richtlijnen in andere situaties kan op een soortgelijke manier, met gebruik van NIVEL Zorgregistraties, een vragenlijst in het Consumentenpanel Gezondheidszorg en interviews onder patiënten en huisartsen, onderzocht worden.

Opvattingen en ervaringen van huisartsen hebben we in dit onderzoek in kaart gebracht door middel van interviews. Dit geeft een goed beeld van de uiteenlopende ideeën en opvattingen die leven onder huisartsen. In een vervolgonderzoek kunnen door een vragenlijst onder een grotere groep huisartsen af te nemen, de bevindingen uit dit onderzoek gekwantificeerd worden. Op die manier kan bijvoorbeeld bepaald worden in hoeverre huisartsen patiënten laten meebeslissen of in hoeverre huisartsen NHG-standaarden bruikbaar vinden.

Literatuur

Baiardini I, Braido F, Bonini M, Compalati E, Canonica GW. Why do doctors and patients not follow guidelines. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 2009; 9(3): 228-233.

Bovenkamp van den HM, Trappenburg MJ, Grit KJ. Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. *Health Expect*, 2010; 13(1): 73-85.

Brabers A, Reistma-van Rooijen M, Jong J de. Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel. Utrecht: NIVEL, 2015.

Broek d'Obrenan Joep van den, Verheij Theo JM, Numans Mattijs E, et al. Antibiotic use in Dutch primary care: relation between diagnosis, consultation and treatment. *J Antimicrob Chemother* 2014; 69(6): 1701-7.

Butler CC, Rollnick S, Pill R, et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998; 317(7159):637-42.

Butler CC, Kinnersly P, Prout H, et al. Antibiotics and shared decision-making in primary care. *J Antimicrob Chemother* 2001; 48(3):435-40.

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 1999; 282(15): 1458-1465.

Cals JWL, Lardinois RJM, Boumans D, et al. Antibiotica en luchtweginfecties. Wat weet de leek? *Huisarts Wet* 2008; 51(4): 190-4.

Chassin, M. R. Explaining geographic variations: the enthusiasm hypothesis. *Medical care* 1993; YS37-YS44.

Coenen S, Francis N, Kelly M, et al. Are Patient Views about Antibiotics Related to Clinician Perceptions, Management and Outcome? A Multi-Country Study in Outpatients with Acute Cough. *Plos One* 2013; 8(10): e76691.

Coenen S, Michiels B, Renard D, et al. Antibiotic prescribing for acute cough: the effect of perceived patient demand. *Br J Gen Pract* 2006; 56(524): 183-90.

Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, et al. Interventions to facilitate shared decision making to adress antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (11):Cd010907.

Damoiseaux RAMJ, Melker RA de, Ausems MJE, Balen FAM van. Reasons for non-guideline based antibiotic prescriptions for acute otitis media in The Netherlands. *Family Practice*, 1999; 16(1): 50-53.

Davey P, Pagliari C, Hayes A. The patient's role in the spread and control of bacterial resistance to antibiotics. *Clin Microbiol Infect* 2002; 8 suppl 2:43-68.

Dekker ARJ, Verheij TJM, Velden AW van der. Inappropriate antibiotic prescription for respiratory tract indications: most prominent in adult patients. *Family Practice*, 2015. doi:10.1093/fampra/cmv019

Dijk L van, De Jong D, Westert G, De Bakker D. Variation in formulary adherence in general practice over time (2003-2007). *Family Practice,* 2011; 28: 624-631.

Duijn HJ van, Kuyvenhoven MM, Schellevis FG, et al. Groen slijm, witte stippen en antibiotica. Opvattingen van patiënten en huisartsen en het beleid bij luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 2007; 50(4): 150-155.

Duijn HJ van, Kuyvenhoven MM, Tudor Jones R, Butler CC, Coenen S, Van Royen P. "Patients' views on respiratory tract symptoms and antibiotics: an international comparison." Chapter 8 in *Role of patients' and doctors' views on the management of respiratory tract infections,* 2006; 53: 99.

Esch TEM van, Dijk L van, Weesie Y, Korevaar J, Verheij R, et al. *Antibioticagebruik bij luchtweginfecties in de eerste lijn.* Utrecht/Utrecht: NIVEL/IVM, 2016.

Francke AL, Smit MC, Veer AJE de, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2008; 8: 38.

Greer AL, et al. Bringing the patient back in. *International journal of technology assessment in health care* 18.04 2002; 747-761.

Haeseker MB, Dukers-Muijrers NHTM, Hoebe CJPA, et al. Trends in Antibiotic Prescribing in Adults in Dutch General Practice. *Plos One,* 2012; 7(12): e51860.

Hamm RM, Hicks RJ, Bemben DA. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? *The Journal of family practice*, 1996; 43(1): 56-62.

Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. *National Academies Press*, 2001.

Ivanovska V, et al. "Antibiotic prescribing for children in primary care and adherence to treatment guidelines." *J Antimicrob Chemother* 71.6 2016; 1707-1714.

Jong J de. *Explaining medical practice variation. Social organization and institutional mechanisms.* Utrecht: NIVEL, 2008.

Krahn M and Naglie G. The next step in guideline development: incorporating patient preferences. *JAMA* 300.4 2008; 436-438.

Lugtenburg M, Zegers-van Schaik JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Sciences*, 2009; 4(54): 5908-4.

Lundkvist J, Åkerlind I, Borgquist L, Mölstad S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Family Practice,* 2002; 19(6): 638-640.

MacFarlane J, Holmes B, MacFarlane R, et al. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: a questionnaire study. *BMJ,* 1997; Nov8; 315(7117): 1211-1214.

Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2013; 15(6):523-30

NHG-standaard Acuut hoesten, 2013; Herzien t.o.v. Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP†, Sachs APE, Thiadens HA, Verlee E. *Huisarts Wet* 2011; 54(2):68-92.

NHG-Standaard Acute rhinosinusitis (Derde herziening) Venekamp RP, De Sutter A, Sachs A, Bons SCS, Wiersma Tj, De Jongh E. *Huisarts Wet* 2014; 57(10):537.

Pinxteren B van, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, et al.. NHG-Standaard Urineweginfecties (Derde herziening). *Huisarts Wet* 2013; 56(6):270-80.

Oostrom SH van, Picavet HSJ, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, van Dijk CE, et al. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population–data from general practices. *BMC Public Health* 2012; 12(1): 1.

Ouwens M, Van der Brug S, Faber M, et al. *Shared decision making en Zelfmanagement. Literatuuronderzoek naar begrippen*. Nijmegen: UMC St Radboud, IQ healthcare, 2012.

Reinders C. Minder onnodige kuren. IVM herziet FTO-module Antibioticaresistentie. *Pharm Weekbl* 2016; 151(3): 13.

Roukens M, Natsch S, Velden A van der. Antibioticagebruik in Nederland: surveillance, resistentie en beleid. *MFM,* 2015; 5(1):7-14.

Tell D, Engstrom S, Molstad S. Adherence to guidelines on antibiotic treatment for respiratory tract infections in various categories of physicians: a retrospective cross-sectional study of data from electronic patient records. *BMJ Open,* 2015; 5(7), e008096.

Volkers A, Dijk L van, Jong A de, Bakker D de. Welke overwegingen heeft de huisarts om antidepressiva voor te schrijven? *Huisarts en wetenschap,* 2006; 49(5): 345-351.

Wennberg, J. E., en Gittelsohn, A. Health care delivery in Maine I: patterns of use of common surgical procedures. *J Maine Med Assoc* 1975; 66(5), 123-149.

Westert, G. P., en Groenewegen, P. P. Medical practice variations: changing the theoretical approach. *Scandinavian Journal of Public Health* 1999; 27(3), 173-180.

Willems Carmen SJ, Broek d'Obrenan Joep van den, Numans Mattijs E, et al. Cystitis: antibiotic prescribing, consultation, attitudes and opinions. *Fam Pract* 2014; 31(2): 149–55. doi:10.1093/fampra/cmt077

Bijlage 1 Tabellen met resultaten

Tabel B1.1 NHG-standaard, aantal onderzochte episodes en aantallen en percentages episodes zonder, met onzekere of zekere indicatie op basis van NIVEL Zorgregistraties per aandoening. Voor de definities van indicaties per aandoening: zie bijlage 6.Voor voorbeelden, zie box B1.1

ICPC	Aandoening	NHG-standaard	Totaal aantal episoden	Aantal episoden zonder AB-indicatie (%)	Aantal episoden met onzekere AB-indicatie (%)	Aantal episoden met AB-indicatie (%)
R05	Hoesten	Acuut hoesten	43.140	23801 (55%)	19210 (45%)	129 (0%)
R71	Kinkhoest	Acuut hoesten	411	0 (0%)	411 (100%)	0 (0%)
R77	Acute laryngitis/tracheïtis	Acuut hoesten	1.078	618 (57%)	458 (42%)	2 (0%)
R78	Acute bronchitis/bronchiolitis	Acuut hoesten	15.432	6801 (44%)	8538 (55%)	93 (1%)
R81	Pneumonie	Acuut hoesten	8.877	0 (0%)	0 (0%)	8877 (100%)
R09	Symptomen/klachten sinussen (inclusief pijn)	Acute rhinosinusitis	2.658	2094 (79%)	564 (21%)	0 (0%)
R74	Acute infectie bovenste luchtwegen	Acute rhinosinusitis	41.335	24586 (59%)	16592 (40%)	157 (0%)
R75	Acute/chronische sinusitis	Acute rhinosinusitis	21.597	17003 (79%)	4594 (21%)	0 (0%)
U01	Pijnlijke mictie	Urineweginfecties	6.229	6229 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
U02	Frequente mictie/aandrang	Urineweginfecties	8.324	8324 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
U71	Cystitis/urineweginfectie	Urineweginfecties	56.372	0 (0%)	30355 (54%)	26017 (46%)

Bron: NIVEL Zorgregistraties 2014

Box B1.1 Twee voorbeelden bij tabel B.1: hoesten en pijnlijke mictie

Er zijn 43.140 episodes ***hoesten*** (R05). Bij 55% daarvan (23.801 episodes) is op basis van de NHG-standaard en NIVEL Zorgregistraties antibiotica niet geïndiceerd. Dit zijn episodes van patiënten zonder risicofactoren of verhoogde CRP-waarden. Voor 45% van de episodes (19.210) is de indicatie voor antibiotica onzeker, doordat de patiënten volgens NIVEL Zorgregistraties één of meer risicofactoren hadden. Voor een zeer klein deel (0%, 129 episodes) zijn antibiotica zeker geïndiceerd vanwege sterk verhoogde CRP-waarden.

Er zijn 6.229 episodes ***pijnlijke mictie***. Daarvoor zijn antibiotica nooit geïndiceerd. Dit betekent dat voor 100% van de episodes antibiotica niet-geïndiceerd zijn.

*Tabel B1.2 Het aantal episodes waarbij geen, een onzekere of wel een indicatie voor antibiotica was en het percentage daarvan waarbij antibiotica voorgeschreven zijn, per aandoening en NHG-standaard. Bij voldoende grote aantallen is het percentage berekend met multilevel analyses en is ook de praktijkvariatie gegeven. Percentages die niet gecorrigeerd konden worden voor praktijkeffecten (vanwege te kleine aantallen, minder dan gemiddeld 5 episodes per praktijk) zijn gemarkeerd met een *. De praktijkvariatie geeft een indicatie voor de range waarin 95% van de voorschrijfpercentages zich bevinden.*

ICPC	NHG-standaard	Antibiotica-indicatie	Aantal episoden	% episoden met AB-voorschrift	Praktijk-variatie
R05 Hoesten	Acuut hoesten	geen indicatie	23801	7%	2% - 27%
R05 Hoesten	Acuut hoesten	onzekere indicatie	19210	11%	3% - 29%
R05 Hoesten	Acuut hoesten	met indicatie	129	42% *	-
R77 Acute laryngitis/tracheïtis	Acuut hoesten	geen indicatie	618	38% *	-
R77 Acute laryngitis/tracheïtis	Acuut hoesten	onzekere indicatie	458	38% *	-
R78 Acute bronchitis/bronchiolitis	Acuut hoesten	geen indicatie	6801	52%	18% - 84%
R78 Acute bronchitis/bronchiolitis	Acuut hoesten	onzekere indicatie	8538	48%	22% - 76%
R78 Acute bronchitis/bronchiolitis	Acuut hoesten	met indicatie	93	63% *	-
R81 Pneumonie	Acuut hoesten	met indicatie	8877	59%	39% - 76%
R09 Symptomen/klachten sinussen (inclusief pijn)	Acute rhinosinusitis	geen indicatie	2094	18%	4% - 49%
R09 Symptomen/klachten sinussen (inclusief pijn)	Acute rhinosinusitis	onzekere indicatie	564	22% *	-
R74 Acute infectie bovenste luchtwegen	Acute rhinosinusitis	geen indicatie	24586	15%	3% - 47%
R74 Acute infectie bovenste luchtwegen	Acute rhinosinusitis	onzekere indicatie	16592	21%	7% - 49%
R74 Acute infectie bovenste luchtwegen	Acute rhinosinusitis	met indicatie	157	48% *	-
R75 Acute/chronische sinusitis	Acute rhinosinusitis	geen indicatie	17003	46%	22% - 73%
R75 Acute/chronische sinusitis	Acute rhinosinusitis	onzekere indicatie	4594	46%	23% - 70%
U01 Pijnlijke mictie	Urineweginfecties	geen indicatie	6229	14%	6% - 31%
U02 Frequente mictie/aandrang	Urineweginfecties	geen indicatie	8324	7%	2% - 21%
U71 Cystitis/ urineweginfectie	Urineweginfecties	onzekere indicatie	30355	72%	52% - 85%
U71 Cystitis/ urineweginfectie	Urineweginfecties	met indicatie	26017	66%	49% - 80%

Bron: NIVEL Zorgregistraties 2014

Tabel B1.3 Mate waarin respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking antibiotica eigenlijk wel/helemaal wel hopen, verwachten of vragen, totaal en per praktijk (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)

		Gem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Hoesten	*Hopen*	12%	14	16	16	15	18	11	10	12	10	15	14	9	12	10	7	12
	Verwachten	16%	19	21	20	23	18	10	10	10	17	14	12	18	16	12	7	14
	Vragen	6%	8	6	5	6	7	10	5	2	2	12	0	0	5	6	9	6
Neus-bijholteonsteking	*Hopen*	31%	32	25	30	39	39	36	24	31	31	35	29	27	30	32	20	33
	Verwachten	34%	35	32	35	48	42	43	20	26	34	38	28	38	35	29	19	37
	Vragen	17%	21	16	18	19	18	20	8	15	10	14	7	18	17	19	19	20
Blaasontsteking	*Hopen*	60%	56	64	72	73	58	69	57	43	50	62	59	54	60	59	56	59
	Verwachten	68%	61	77	71	78	68	80	65	54	58	67	72	66	69	63	66	69
	Vragen	39%	34	44	49	51	38	46	31	28	28	39	26	34	43	42	40	36

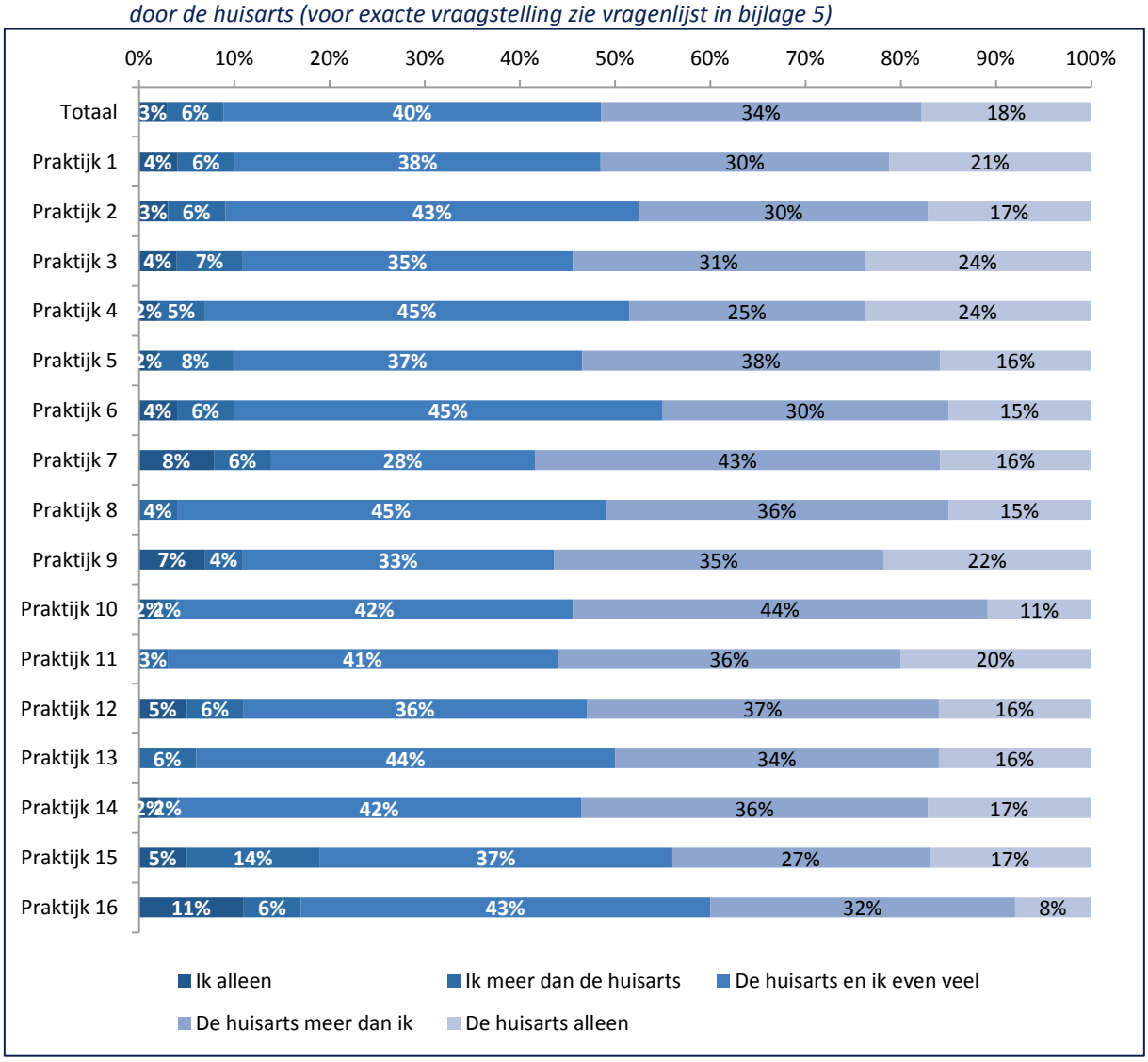
Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Tabel B1.4: Vergelijking hopen, verwachten, vragen en voorschrijven per aandoening per huisartsenpraktijk (voor exacte vraagstellingen zie vragenlijst in bijlage 5. Recepten: voorschrijfpercentages in die praktijk bij hoesten of neus-bijholteontsteking zonder indicatie voor antibiotica of voor blaasontsteking met een onzekere indicatie voor antibiotica)

Praktijk	Hoesten				Neus-bijholteontsteking				Blaasonststeking			
	Hopen	*Verwachten*	*Vragen*	*Recepten*	*Hopen*	*Verwachten*	*Vragen*	*Recepten*	*Hopen*	*Verwachten*	*Vragen*	*Recepten*
1	14%	19%	8%	NA	32%	35%	21%	NA	56%	61%	34%	NA
2	16%	21%	6%	10%	25%	32%	16%	64%	64%	77%	44%	71%
3	16%	20%	5%	0%	30%	35%	18%	69%	72%	71%	49%	76%
4	15%	23%	6%	17%	39%	48%	19%	39%	73%	78%	51%	71%
5	18%	18%	7%	3%	39%	42%	18%	75%	58%	68%	38%	63%
6	11%	10%	10%	16%	36%	43%	20%	26%	69%	80%	46%	70%
7	10%	10%	5%	3%	24%	20%	8%	51%	57%	65%	31%	71%
8	12%	10%	2%	4%	31%	26%	15%	45%	43%	54%	28%	65%
9	10%	17%	2%	4%	31%	34%	10%	63%	50%	58%	28%	83%
10	15%	14%	12%	5%	35%	38%	14%	60%	62%	67%	39%	67%
11	14%	12%	0%	7%	29%	28%	7%	40%	59%	72%	26%	68%
12	9%	18%	0%	2%	27%	38%	18%	63%	54%	66%	34%	65%
13	12%	16%	5%	5%	30%	35%	17%	48%	60%	69%	43%	70%
14	10%	12%	6%	7%	32%	29%	19%	45%	59%	63%	42%	72%
15	7%	7%	9%	13%	20%	19%	19%	69%	56%	66%	40%	65%
16	12%	14%	6%	5%	33%	37%	20%	69%	59%	69%	36%	74%

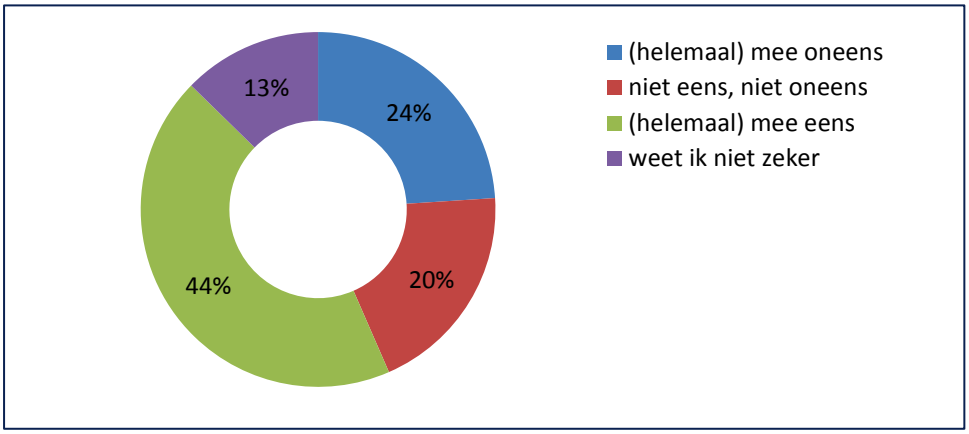
Bron: NIVEL Zorgregistraties 2014 en Consumentenpanel Gezondheidszorg

Figuur B1.1 Weergave van wie volgens de respondenten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg de beslissing neemt in een situatie waarin wel of een antibiotica kan worden voorgeschreven door de huisarts (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



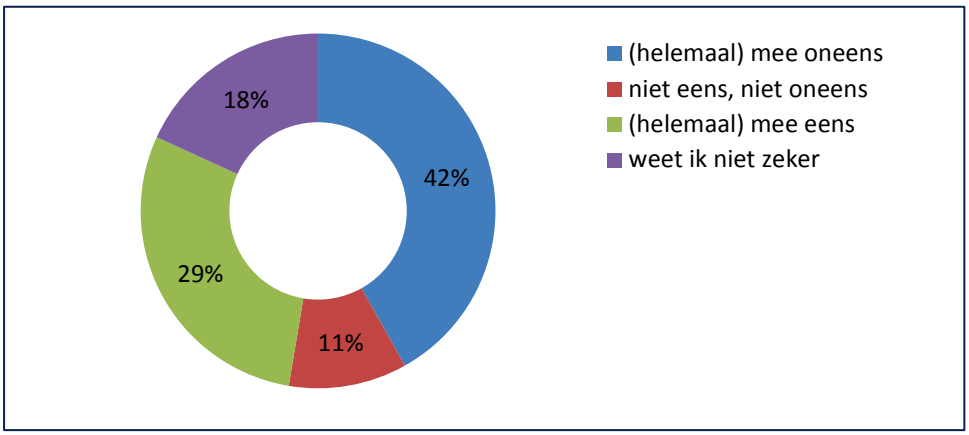
Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Figuur B1.2 Mening respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg over de stelling: De mensen die ik belangrijk vind denken dat als je een antibioticumkuur volgt, je sneller van klachten als hoesten, keelpijn en oorpijn af bent. (N=1.293) (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



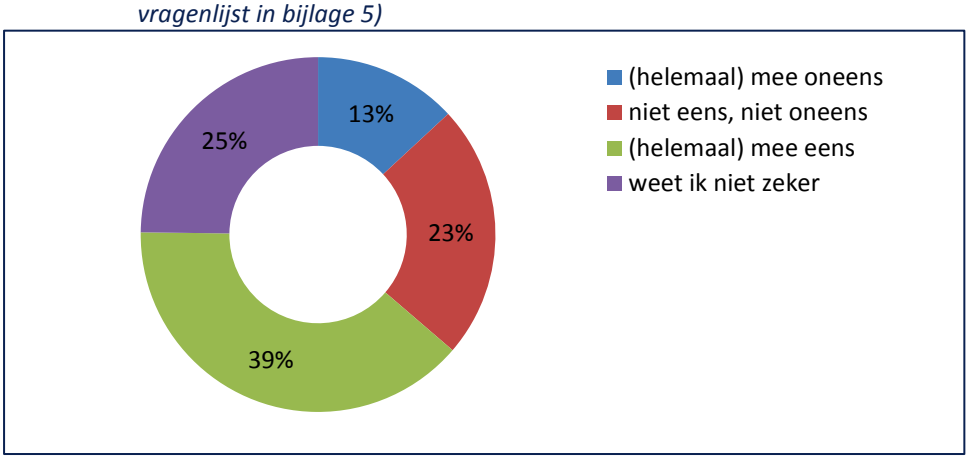
Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Figuur B1.3 Mening respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg over de stelling: Antibiotica doden virussen. (N=1.290) (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Figuur B1.4 Mening respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg over de stelling: Het nemen van antibiotica geeft vaak bijwerkingen, zoals diarree. (N=1.287) (voor exacte vraagstelling zie vragenlijst in bijlage 5)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

Bijlage 2 Methoden

B2.1 Consumentenpanel Gezondheidszorg

Om een deel van de onderzoeksvragen van dit onderzoek te beantwoorden is begin maart 2016 een vragenlijst verstuurd naar een steekproef van panelleden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, dat wordt beheerd door het NIVEL (voor meer informatie over het panel zie Brabers et al., 2015). Begin maart 2016 bestond het panel uit ongeveer 12.000 personen van 18 jaar en ouder. Een deel van deze personen is geworven via 16 verschillende huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Voor panelleden die via huisartsenpraktijken zijn geworven, is het mogelijk om hun antwoorden op vragenlijsten te combineren met gegevens over hun zorggebruik zoals geregistreerd bij de huisarts, indien zij hiervoor expliciet toestemming hebben gegeven. De steekproef voor dit onderzoek bestond, conform het onderzoeksvoorstel, uit alle panelleden die toestemming hebben gegeven om hun antwoorden op vragenlijsten te combineren met gegevens over hun zorggebruik zoals geregistreerd door de huisarts. De vragenlijst is in totaal naar 2.906 panelleden verstuurd. Voor een samenstelling van de steekproef zie tabel B2.1 in deze bijlage.

Al naar gelang hun eigen voorkeur konden de panelleden de vragenlijst schriftelijk of via internet invullen. 1.118 panelleden ontvingen de vragenlijst per post en 1.788 panelleden ontvingen de vragenlijst via internet. Aan alle panelleden die in eerste instantie niet gereageerd hadden, is een herinnering toegestuurd (twee online herinneringen en één schriftelijke herinnering).

De bruto respons was 47,1% (N=1.369). Tijdens de opschoning van het databestand zijn geheel lege cases en “persoonswisselingen” verwijderd. Persoonswisselingen ontstaan wanneer de vragenlijst niet is ingevuld door het panellid, maar door een huisgenoot van het panellid. Op deze manier komen de bij ons bekende achtergrondkenmerken niet overeen met de achtergrondkenmerken van de persoon die de vragenlijst heeft ingevuld. Het opgeschoonde databestand dat gebruikt is voor de analyses van dit rapport bevatte 1.357 respondenten. Dit is een netto respons van 46,7%. Deze respondenten hebben echter niet altijd alle vragen ingevuld. In het rapport worden percentages weergegeven berekend over het aantal antwoorden dat wel is ingevuld. Tevens worden bij elke figuur en tabel de aantallen respondenten (N) genoemd.

Uit tabel B2.1 blijkt dat de samenstelling van de respondenten qua leeftijdsopbouw niet geheel gelijk is aan de samenstelling van de steekproef. Met name ouderen (65 jaar en ouder) hebben vaker gerespondeerd.

De data verzameld binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn geanalyseerd met behulp van STATA, versie 14.0. Over het algemeen zijn beschrijvende analyses uitgevoerd (frequentieverdelingen). Om relaties tussen variabelen te onderzoeken is gebruik gemaakt van de chi-2 toets en multiple regressie analyses. Hierbij is als significantieniveau $p<0,05$ gehanteerd.

Tabel B2.1 Overzicht steekproef Consumentenpanel Gezondheidszorg, respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg en algemene bevolking voor leeftijd en geslacht

	Steekproef percentage	Respondenten vragenlijst percentage	Algemene bevolking percentage
Geslacht	**2.906**	**1.357**	
Man	45%	44%	49%
Vrouw	55%	56%	51%
Leeftijd (op 3-3-2016)	**2.906**	**1.357**	
18-39 jaar	14%	8%	34%
40-64 jaar	47%	42%	45%
65 jaar en ouder	40%	50%	21%

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg en CBS

B2.2 Analyse van huisartsregistraties

Databron

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, maakten we gebruik van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Deze database bevat gegevens die routinematig in de zorg worden verzameld bij verschillende eerstelijns disciplines waaronder ruim 500 huisartsenpraktijken, met 1.7 miljoen ingeschreven patiënten en 28 organisaties van huisartsenposten, met een verzorgingsgebied van ruim 11 miljoen inwoners. De gegevens uit NIVEL Zorgregistraties zijn representatief voor de Nederlandse patiënt- en huisartspopulatie (www.nivel.nl/ zorgregistraties-eerstelijn). De praktijken zijn verspreid over het land.

We gebruikten de volgende voor dit onderzoek relevante gegevens:

- Voorschrijfgegevens: alle door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen op receptniveau, gecodeerd volgens de ATC-codering (Anatomical Therapeutical Chemical; www.whocc.no/atc_ddd_index) voorzien van de datum van voorschrijven.
- Diagnosegegevens: de huisarts geeft per contact aan voor welke aandoening de patiënt contact heeft gehad met een ICPC-code (International Classification Primary Care). De datum van elk contact is bekend.
- Uitslagen: de huisarts registreert uitslagen van testen zoals CRP en FEV.
- Sociaal-demografische kenmerken.

Dit onderzoek is gebaseerd op gegevens uit 2014.

Inventarisatie adviezen NHG-Standaarden

Op basis van de NHG-Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap is bepaald of huisartsen de richtlijnen volgen als het gaat om het wel of niet voorschrijven van antibiotica. Relevante NHG-Standaarden zijn (tussen haakjes het nummer van de Standaard en het jaar van de laatste herziening):

- Acute rhinosinusitis (M33; 2014)
- Acuut hoesten (M78; 2013)
- Urineweginfecties (M05; 2013)

Bestand maken met patiënten met relevante klachten

Bestanden uit het jaar 2014 werden gebruikt. Om tot een uiteindelijk analysebestand te komen, namen we de volgende stappen:

- Selectie van praktijken: alleen huisartsenpraktijken die voldoen aan de kwaliteitseisen die NIVEL Zorgregistraties stellen aan de registratie, zijn in de analyses betrokken. Deze kwaliteitseisen zijn vastgelegd en per praktijk wordt per jaar bepaald of deze aan deze eisen voldoet. De praktijk moest zowel moet voldoen aan de kwaliteitseisen wat betreft de morbiditeitsregistratie als wat betreft de prescriptieregistratie en de registratie van meetwaarden. Op basis hiervan zijn 309 praktijken geselecteerd.
- Selectie van patiënten: binnen de praktijken die geselecteerd zijn, is eerst een algemene patiëntselectie gemaakt:
    - alle patiënten waar episodes voor beschikbaar waren en
    - die in 2014 het volledige jaar stonden ingeschreven en die
    - in 2014 ten minste één keer voor één van de aandoeningen die onder bovengenoemde NHG-standaarden vallen (zie ook tabel B1.1) de huisarts heeft bezocht.

Variabelen

De volgende variabelen zijn gebruikt:

- Per klacht/aandoening (ICPC-code): patiënt presenteerde deze in het jaar 2014: ja/nee.
  We zijn hierbij uitgegaan van zogenaamde episodes en selecteerden we episodes met start- en einddatum in 2014.
- Patiënt kreeg voor de betreffende klacht een antibioticum voorgeschreven: ja/nee.
  Als antibiotica selecteerden we alle geneesmiddelen met ATC-code J01. Hierbij zijn alleen voorschriften op een dag waarop contact met de huisarts voor één van de relevante aandoeningen (zie tabel B1.1) is geweest meegenomen, zodat we uitsluitend voorschriften van de huisarts zelf meenamen.
- Algemene co-morbiditeit van de patiënt:
    - Heeft de patiënt in 2014 astma (ICPC: R96): ja/nee
    - Heeft de patiënt in 2014 COPD (ICPC: R95): ja/nee
    - Aantal chronische ziekten in 2014 (zie tabel B2.2 voor lijst met chronische ziekten)
    - Is de patiënt in 2014 zwanger geweest: ja/nee
    - Heeft de patiënt in 2014 een hart- en vaataandoening (ICPC: K74, angina pectoris; K75, acuut myocardinfarct; K76, andere ischemische hartziekte; K77, hartfalen; K89, passagère cerebrale ischemie/TIA; K90 cerebrovasculair accident (CVA)): ja/nee
    - Heeft de patiënt in 2014 een nieraandoening (ICPC: aandoeningen uit het U-hoofdstuk behalve U71 urineweginfecties en U98 afwiujkende uitslag urineonderzoek).
- Algemene comedicatie van de patiënt: het aantal verschillende geneesmiddelen (ATC5-niveau). voorgeschreven aan de patiënt in 2014 in de dagzorg. Als in de richtlijn specifiekere medicatie (bijvoorbeeld afweeronderdrukkende middelen) wordt genoemd, is daar rekening mee gehouden bij het opstellen van de indicatoren.
- Leeftijd van de patiënt op 1 juli 2014.
- Geslacht van de patiënt.
- Meetwaarden: indien aanwezig uitslagen van relevante metingen zoals CRP test en FEV.

Tabel B2.2 Overzicht van chronische aandoeningen die zijn gebruikt voor de bepaling van de comorbiditeit (variabele 'aantal chronische aandoeningen')

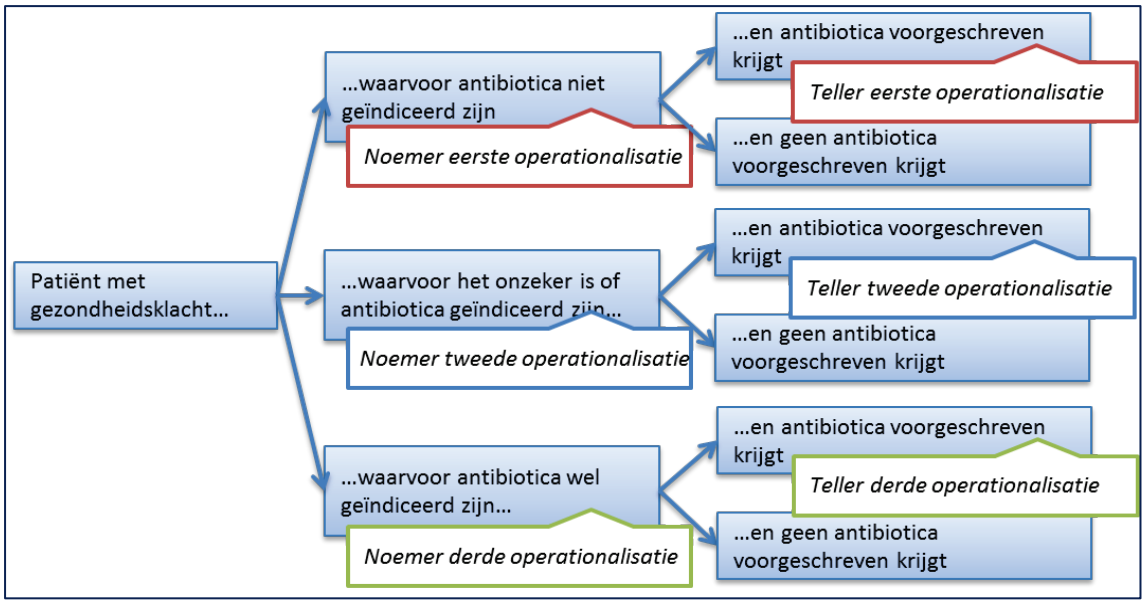
	Chronische aandoening	ICPC-1 codes
1	Diabetes Mellitus	T90
2	Osteoarthritis	L89-L91
3	Coronaire hartziekten	K74-K76
4	Kanker	A79, B72-B74, D74-D77, L71, N74, R84, R85, S77, T71, U75-U77, W72, X75-X77, Y77, Y78
5	Chronisch rug of nekaandoening	L83, L84, L86
6	COPD	R91, R95
7	Gezichtsstoornis	F83, F84, F92-F94
8	Hartritmestoornis	K78-K80
9	Depressie (en psychose)	P73, P76
10	Hartfalen	K77
11	Astma	R96
12	Gehoorstoornis	H84-H86
13	Osteoporose	L95
14	Beroerte	K89, K90
15	Rheumatoide arthritis	L88
16	Dementie (incl. Alzheimer)	P70
17	Angststoornis	P74
18	Migraine	N89
19	Heart valve disorder	K70, K71, K83
20	Neuraesthenie/surmenage	P78
21	Chronisch alcoholmisbruik	P15
22	Parkinson	N87
23	Epilepsie	N88
24	Persoonlijkheidsstoornis	P80
25	Schizofrenie	P72
26	Mentale retardatie	P85
27	Aangeboren afwijking hartvaatstelsel	K73
28	HIV/AIDS	B90

Bron: Van Oostrom et al., 2012

Stappen

Operationalisaties van de aanbevelingen uit de NHG-standaarden hebben we toegepast op de registratiedata van huisartsen (NIVEL Zorgregistraties). Zo hebben we per episode (klachtenperiode van een patiënt), op basis van patiëntkenmerken als leeftijd en comorbiditeit bepaald of er een zekere, een onzekere of geen indicatie voor antibiotica was. We spreken van een onzekere indicatie als antibiotica in de betreffende situatie volgens de standaard overwogen kunnen worden, maar niet altijd geïndiceerd zijn. Figuur B2.1 illustreert de indeling van episodes en de berekening van operationalisaties.

Figuur B2.1 Overzicht van de indeling van episodes en de operationalisaties



1. We maakten een overzicht met daarin de aanbevelingen in de relevante NHG-Standaarden met daarin onder andere antwoord op de volgende vragen (zie bijlage 6):
    a. Geeft de standaard advies over het voorschrijven van antibiotica?
    b. Zijn hierin verschillen tussen bepaalde patiëntgroepen?
2. We maakten een selectie van episodes met relevante ICPC-codes (zie tabel B1.1)
3. Per ICPC-code (uit stap 2) zijn drie indicatoren opgesteld op basis van stap 1:
    a. De eerste indicator beschrijft de situaties waarin antibiotica niet geïndiceerd zijn;
    b. De tweede indicator beschrijft de situaties waarin het onzeker is of antibiotica geïndiceerd zijn;
    c. De derde indicator beschrijft de situaties waarin antibiotica zeker geïndiceerd zijn.

    Zie bijlage 6 voor alle definities van de indicatoren.
4. De definities van de indicatoren zijn gebruikt om per episode (ICPC-code) de geselecteerde patiënten in drie groepen in te delen (zie figuur 2.1):
    a. Antibiotica zeker geïndiceerd;
    b. Antibiotica zeker niet geïndiceerd;
    c. Onzeker of antibiotica geïndiceerd zijn.
5. Selectie en toewijzing van relevante antibiotica voorschriften: alle voorschriften voor middelen uit het J01-hoofdstuk, op een dag waarop ook een contact met een relevante ICPC plaats gevonden had, waren het uitgangspunt. Omdat bij één recept vaak meerdere ICPC-codes geregistreerd zijn, hebben we volgens onderstaand stappenplan ieder recept aan één episode toegewezen:
    a. Als één van de diagnoses blaasontsteking was, én het antibioticum was één van de voorkeursmiddelen voor blaasontsteking dan is het recept gekoppeld aan de diagnose blaasontsteking (de voorkeursmiddelen bij blaasontsteking komen niet voor in de andere twee richtlijnen).
    b. Als één van de diagnoses kinkhoest, pneumonie, tuberculose of chronische bronchitis was is die diagnose gekozen.

   c. Als voor één van de klachten/diagnoses antibiotica nooit geïndiceerd zijn is de andere klacht/diagnose gekozen.
   d. Acute diagnoses verkozen we boven klachten.
   e. Als de klacht/diagnose overeenkwam met de klacht/diagnose bij het voorschrift (deze is matig betrouwbaar) dan is die klacht/diagnose gekozen.
   f. Als er nu nog steeds meerdere diagnoses waren is gekozen voor die waarvan de episode het meest recent gestart is.
   g. Voor de resterende 0,1% van de recepten is random gekozen voor één van de geregistreerde diagnoses.
6. Uit de indeling van stap 4, gecombineerd met de antibioticavoorschriften uit stap 5, is per episode per patiënt bepaald of antibiotica is voorgeschreven terwijl:
   a. dat zeker niet geïndiceerd was, of
   b. het onzeker was of antibiotica geïndiceerd waren, of
   c. antibiotica zeker geïndiceerd waren.
7. Met behulp van multilevel logistische regressie analyses zijn per aandoening de drie eerder genoemde indicatoren berekend:
   a. Het percentage patiënten dat antibiotica voorgeschreven kreeg terwijl daar geen indicatie voor was,
   b. Het percentage patiënten dat antibiotica voorgeschreven kreeg terwijl de indicatie daarvoor onzeker was,
   c. Het percentage patiënten dat antibiotica voorgeschreven kreeg terwijl daar een zekere indicatie voor was.

   Hierbij is gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van de patiënten. De multilevel-aanpak corrigeert voor clustering binnen praktijken. Daarnaast is met deze analyses de variatie op praktijkniveau bepaald.

B2.3 Interviews met patiënten en huisartsen

De derde databron van dit onderzoek betreft interviews met huisartsen en patiënten. Hierbij streefden we naar vijftien deelnemers uit elke groep.

Werving huisartsen

Voor de interviews met huisartsen hebben we huisartsen geselecteerd uit de zestien huisartsen-praktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties en waarvan een deel van de patiënten lid zijn van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Deze huisartsenpraktijken zitten verspreid door het land. In totaal hebben we zestien huisartsen uit elf praktijken geïnterviewd. Twee praktijken hebben deelgenomen met twee huisartsen, één praktijk met vier huisartsen en acht praktijken elk met één huisarts. De deelnemende huisartsen hebben een kleine onkostenvergoeding gekregen.

Uitvoering interviews huisartsen

De interviews met de huisartsen vonden plaats in hun praktijk (en eenmaal telefonisch) en duurden ongeveer een uur. Deze interviews bestonden uit vier thema's: richtlijnen (mening over toepasbaarheid en bruikbaarheid, redenen om wel of niet af te wijken), rol patiënten (wensen en verwachtingen, communicatie en interactie, gedeelde besluitvorming), houding ten aanzien van antibiotica en voorschrijven antibiotica bij acute hoest, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking (zie bijlage 3 voor de topiclijst).

Werving patiënten

We hebben veertien patiënten geïnterviewd. De selectie van patiënten voor de interviews vond plaats aan de hand van de vragenlijst van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. In de vragenlijst is een vraag voorgelegd of panelleden bereid waren om mee te werken aan een face-to-face interview, en indien niet, of ze dan wel bereid waren om mee te werken aan een telefonisch interview. Uit degenen die aangaven hiertoe bereid te zijn, hebben we twintig patiënten geselecteerd die bij de huisarts waren geweest voor hoesten, neus-bijholteontsteking of blaasontsteking. Hierbij hebben we gelet op variatie in aandoening of klacht, wel of geen antibiotica gehad, leeftijd, geslacht en huisartsenpraktijk. Deze patiënten hebben we benaderd voor een interview. Sommige patiënten waren telefonisch niet bereikbaar, anderen wilden bij nader inzien toch niet meewerken en bij enkelen lukte het niet om binnen de onderzoeksperiode een afspraak te maken.

Uitvoering interviews patiënten

De interviews met patiënten vonden plaats bij hen thuis (acht interviews), op hun werkplek (twee interviews) of telefonisch (vier interviews) en duurden een kwartier tot een uur. Deze interviews bestonden uit vergelijkbare thema's als die met de huisartsen, maar in een andere volgorde en andere formulering: besluitvorming (wensen en verwachtingen van patiënten, gesprekken met huisarts, samen beslissen), mening over antibiotica (kennis en verwachtingen, voorschrijven van antibiotica bij hoestklachten, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking en richtlijnen voor huisartsenzorg (zie bijlage 4 voor de topiclijst). Het merendeel van de geïnterviewde patiënten heeft in hun leven verschillende keren antibiotica gebruikt en sprak dus uit ervaring met deze middelen.

Informed consent en uitwerking

Aan zowel de huisartsen als de patiënten hebben we voorafgaand aan het interview toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Alle respondenten zijn daarmee akkoord gegaan. De interviews zijn vervolgens volledig en letterlijk uitgewerkt door een extern bureau. Bij een van de huisartsen (huisarts 5) is de opname mislukt; van dit interview is door de onderzoeker een samenvatting gemaakt die voor akkoord aan de betreffende huisarts is voorgelegd.

Analyse

De analyse van de interviews heeft plaatsgevonden in verschillende stappen. In eerste instantie hebben we de interviewverslagen gecodeerd aan de hand van de vragen uit de topiclijsten. In een interview volgen antwoorden niet altijd rechtstreeks op de gestelde vraag, maar komen deze soms op een ander moment of in een andere context (opnieuw) aan de orde. In dat geval hebben we aan het betreffende stuk tekst de code van de bijbehorende vraag toegekend. Sommige reacties van respondenten kunnen bovendien als een antwoord op verschillende vragen geïnterpreteerd worden. Aan dat betreffende stuk tekst hebben we dan ook verschillende codes (van verschillende vragen) toegekend. Vervolgens hebben we aan de hand van die codering de antwoorden van alle huisartsen c.q. alle patiënten bij elkaar gevoegd. Tot slot hebben per interviewvraag een samenvatting van alle antwoorden gemaakt. Elke samenvatting is aanvankelijk door één onderzoeker geschreven en daarna door een tweede onderzoeker gecontroleerd. De samenvattingen zijn als input voor het rapport gebruikt en ter onderbouwing en illustratie aangevuld met citaten van de geïnterviewden.

Bijlage 3 Topiclijst interviews huisartsen

Onderzoek NIVEL en Zorginstituut Nederland 'Wat is de rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen door huisartsen?'

Interviewvragen huisartsen

Respondentnummer

INTRODUCTIE	Toelichting voor interviewer
-Voorstellen onderzoekers en huisarts	
-Doel onderzoek	
-Toelichting interview	Het interview bestaat uit vier thema's: A. **Richtlijnen**: mening over toepasbaarheid en bruikbaarheid, redenen om wel of niet af te wijken B. **Rol patiënten**: wensen en verwachtingen, communicatie en interactie, gedeelde besluitvorming C. **Houding ten aanzien van antibiotica** D. **Voorschrijven antibiotica** bij acute hoest, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking. We richten ons in het onderzoek op deze drie richtlijnen/aandoeningen als casus. Vergoeding wordt overgemaakt, waarschijnlijk in mei 2016.
- Toestemming interview	Bent u akkoord met opname van het interview? **Indien 'JA' → START HET OPNAMEAPPARAAT** **De geïnteviewde is akkoord met opname van het interview. Dit is interview <INTERVIEWNUMMER>**
-Kenmerken huisarts en praktijk **Geslacht?** **Leeftijd?** **Hoe lang werkzaam als huisarts?** **Type praktijk?** **Aantal ingeschreven patiënten?** **Bijzonderheden patiënten?**	Geslacht niet vragen. Solo, duo, groep, onderdeel gezondheidscentrum Bijzonderheden patiënten: leeftijd, opleidingsniveau, etniciteit, (chronische) aandoeningen.

HULPVRAGEN IN HET ALGEMEEN: Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen?

A.TOEPASSEN VAN RICHTLIJNEN	Dit deel van het interview is bedoeld om een beeld te krijgen van de houding van de huisarts ten aanzien van richtlijnen: mening over toepasbaarheid en bruikbaarheid, redenen om wel of niet af te wijken. Focus op NHG-standaarden. Om het medische beleid in de dagelijkse praktijk van de huisarts te ondersteunen, heeft het NHG standaarden gemaakt.
A1. Wat vindt u van de NHG-standaarden? Volgt u ze op? Wanneer wel/niet?	Wanneer raadpleegt u ze wel/niet? Met wanneer bedoelen we zowel 'waarom' als 'in welke situaties'. Eventuele hulpvraag: Welke wel/niet opvolgen?
A2. Hoe sturend zijn volgens u NHG-standaarden?	Moet je ze opvolgen, of zijn ze alleen richtinggevend/geven ze overwegingen?
A3. Wat zijn voor u de belangrijkste redenen om eventueel af te wijken van de NHG-standaarden?	Doorvragen: In hoeverre spelen voorkeuren/wensen/houdingen van patiënten daarbij een rol?
A5. Hebt u verder nog opmerkingen over dit onderwerp?	Wilt u verder nog iets kwijt over dit onderwerp (wat in het belang van dit onderzoek kan zijn)?

B. ROL VAN PATIËNTEN	Dit deel van het interview is bedoeld om een beeld te krijgen van de rol van patiënten bij de besluitvorming en bij het afwijken van richtlijnen: de wensen en verwachtingen van patiënten, communicatie en interactie tussen huisarts en patiënt, gedeelde besluitvorming.
B1. In hoeverre ervaart u een spanning tussen de wensen en verwachtingen van patiënten en de inhoud van richtlijnen?	Hoe gaat u daarmee om? Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen? Verschilt dit tussen groepen met verschillende leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit, etc.?
B2. In hoeverre laat u patiënten meebeslissen over een behandeling?	Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen? Verschilt dit tussen groepen met verschillende leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit, etc.?
B3. In hoeverre ervaart u verschillen tussen groepen patiënten (bijvoorbeeld naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit, etc.) **in de mate waarin zij mee willen en kunnen beslissen over een behandeling?**	Let op onderscheid willen/kunnen! Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen?
B4. In hoeverre komt het voor dat patiënten vooraf een specifieke behandeling (bijvoorbeeld medicatie, een verwijzing) **verwachten als ze bij u op het spreekuur komen? Wat doet u dan?**	Waar leidt u dat uit af? Hoe gaat u daarmee om? Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen? Verschilt dit tussen groepen met verschillende leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit, etc.?
B5. In hoeverre komt het voor dat patiënten u expliciet om een specifieke behandeling (bijvoorbeeld medicatie, een verwijzing) **vragen?** **Wat doet u als zo'n wens niet conform de richtlijn is?**	Hoe gaat u daarmee om? Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen? Verschilt dit tussen groepen met verschillende leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit, etc.? Wordt er dan wel eens druk op u uitgeoefend?
B6. Hoe zouden volgens u ideaal gezien beslissingen tot stand komen?	In hoeverre speelt de patiënt daarbij een rol? Samen beslissen = Shared Decision Making (SDM)
B7. Hebt u verder nog opmerkingen over dit onderwerp?	Wilt u verder nog iets kwijt over dit onderwerp (wat in het belang van dit onderzoek kan zijn)?

C. HOUDING TEN AANZIEN VAN ANTIBIOTICA	Dit deel van het interview is bedoeld om een beeld te krijgen van de houding ten aanzien van antibiotica van zowel de huisarts als van zijn patiënten.
C1. Hoe is volgens u de houding van uw patiënten ten aanzien van antibiotica?	Waar leidt u dat uit af? Hoe gaat u daarmee om? Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen? Verschilt dit tussen groepen met verschillende leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit, etc.? Onderscheid kennis/verwachtingen.
C2. Hoe is uw houding ten aanzien van het voorschrijven van antibiotica?	Waar blijkt dat uit? Vindt u dat u relatief veel of weinig voorschrijft? -vergeleken met andere huisartsen in deze of andere praktijken - vergeleken met vroeger Wat vindt u van de publiekcampagne van de overheid om de bewustwording over het gebruik van antibiotica te vergroten?
C3. Praat u met collega-huisartsen of apothekers wel eens over het voorschrijven van antibiotica?	Bijvoorbeeld collega in duo-praktijk, in groepspraktijk, in FTO. (let op formulering in solo-praktijk) Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen?
C4 Is het voorschrijven van antibiotica een thema wat u bezighoudt?	Waar blijkt dat uit? Leest u wel eens in vakbladen over antibiotica? Wat voor informatie haalt u daaruit?
C9. Ziet u ruimte voor verbetering in het voorschrijven van antibiotica?	Doorvragen: Welke? Onderscheid bij u zelf/algemeen
C10. Hebt u verder nog opmerkingen over dit onderwerp?	Wilt u verder nog iets kwijt over dit onderwerp (wat in het belang van dit onderzoek kan zijn)?

HULPVRAGEN: Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen?

D. VOORSCHRIJVEN ANTIBIOTICA BIJ ACUTE HOEST, NEUS-BIJHOLTEONTSTEKING EN BLAASONTSTEKING	Dit deel van het interview is bedoeld om een beeld te krijgen van rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen bij het voorschrijven van antibiotica. Ik wil het graag met u hebben over patiënten die bij u op het spreekuur komen met (kortdurende) hoestklachten, een neus-bijholteontsteking of een blaasontsteking, maar die verder gezond zijn.
D1. Wat zijn in zulke situaties uw overwegingen om wel of geen antibiotica voor te schrijven?	Kunnen ook andere dan medische overwegingen een rol spelen?
D2. Wat denkt u dat deze patiënten van u verwachten als ze bij u op het spreekuur komen?	Verschilt dit tussen groepen met verschillende leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit, etc.?
D3. Praat u met zulke patiënten wel eens over het gebruik van antibiotica? Hoe pakt u dat aan?	Vraagt u de patiënten om hun mening over het gebruik van antibiotica?
D4. Laat u zulke patiënten meebeslissen over het voorschrijven van antibiotica? Hoe doet u dat?	ZIE HULPVRAGEN
D5. Stel dat u merkt dat zulke patiënten antibiotica verwachten. Hoe gaat u daarmee om?	ZIE HULPVRAGEN
D6. Stel dat zulke patiënten u expliciet om antibiotica vragen. Hoe gaat u daarmee om? En wat als patiënten die u AB zou willen voorschrijven, dit juist weigeren?	Wordt er in dit soort situaties wel eens druk op u uitgeoefend?
D7. Stel zulke patiënten zijn het niet eens met uw beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven. Hoe gaat u daarmee om?	ZIE HULPVRAGEN
D8. Ziet u ruimte voor verbetering in de behandeling van patiënten met dit soort klachten?	Doorvragen: Welke? Onderscheid bij u zelf/algemeen
D9. Hebt u verder nog opmerkingen over dit onderwerp?	Wilt u verder nog iets kwijt over dit onderwerp (wat in het belang van dit onderzoek kan zijn)?

Bijlage 4 Topiclijst interviews patiënten

Onderzoek NIVEL en Zorginstituut Nederland 'Wat is de rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen door huisartsen?'

Interviewvragen patiënten

COPA-nummer

INTRODUCTIE	Toelichting voor interviewer
-Voorstellen onderzoeker -Doel onderzoek -Toelichting interview	Onderzoeksinstituut NIVEL en Zorginstituut Nederland voeren samen een onderzoek uit naar de rol van patiënten bij beslissingen in de spreekkamer van de huisarts. Van de ene kant wordt er steeds meer nadruk gelegd op het meenemen van voorkeuren en wensen van patiënten bij de keuze voor een behandeling. Van de andere kant zijn er steeds meer standaarden en richtlijnen voor huisartsen waarin o.a. aanbevelingen staan voor de behandeling bij een bepaalde klacht of ziekte. Een interessante vraag is wat er gebeurt als de voorkeuren of wensen van patiënten niet overeenkomen met standaarden en richtlijnen. In dit project onderzoeken we dit door patiënten en huisartsen te interviewen, een vragenlijst af te nemen onder de leden van het Consumentenpanel en door registratiegegevens (uit patiëntendossiers) van huisartsen te analyseren. Het interview bestaat uit vier thema's: A. **Besluitvorming**: wensen en verwachtingen van patiënten, gesprekken met huisarts, samen beslissen B. **Mening over antibiotica**: kennis en verwachtingen C. **Voorschrijven van antibiotica** bij hoestklachten, neus-bijholteontsteking en blaasontsteking. D. **Richtlijnen** voor huisartsenzorg**.**

- Toestemming interview	Bent u akkoord met opname van het interview? **Indien 'JA' → START HET OPNAMEAPPARAAT** **De geïnterviewde is akkoord met opname van het interview. Dit is interview <INTERVIEWNUMMER>**

A. BESLUITVORMING	Dit deel van het interview is bedoeld om een beeld te krijgen van besluitvorming tijdens een bezoek aan de huisarts: de wensen en verwachtingen van de patiënt, gesprekken met de huisarts, samen beslissen.
A1. Praat u met uw huisarts wel eens over verschillende behandelmogelijkheden voor uw klachten of ziekte?	Vraagt uw huisarts u dan ook naar uw mening?
A2. Stel er zijn verschillende behandelmogelijkheden voor uw klachten of ziekte. Hoe komt dan de keuze tot stand?	Wie neemt dan uiteindelijk de beslissing?
A3. In hoeverre vindt u het belangrijk dat u bij uw huisarts kunt meebeslissen over een behandeling?	In hoeverre gebeurt dat ook?
A4. Komt het wel eens voor dat u vooraf een specifieke behandeling (bijvoorbeeld een onderzoek, een medicijn, een verwijzing) **wil als u naar de huisarts gaat?**	Wat doet u dan? Vraagt u daar dan ook expliciet om?
NB, overslaan als mensen op vraag A4 'nee' antwoorden. **A5. Komt het wel eens voor dat uw huisarts een behandeling die u graag wil, geweigerd heeft?**	Wat doet u dan? Wat vindt u daarvan?
A6. Hoe vindt u dat beslissingen bij de huisarts het beste genomen kunnen worden?	
A7. Hebt u verder nog opmerkingen over dit onderwerp?	Wilt u verder nog iets kwijt over dit onderwerp (wat voor dit onderzoek belangrijk kan zijn)?

HULPVRAGEN IN HET ALGEMEEN:

Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen?

B. UW MENING OVER ANTIBIOTICA	Dit deel van het interview is bedoeld om een beeld te krijgen van de mening over antibiotica van zowel de patiënt als van zijn huisarts.
B1. Heeft u wel eens antibiotica gebruikt?	Waarvoor? Heeft u de kuur afgemaakt? Hielp het?
B2. Wat vindt u van antibiotica?	Wanneer helpen ze wel/niet? Bijwerkingen? Voor- en nadelen?
B3. Hoe denkt volgens u uw huisarts over het voorschrijven van antibiotica?	Waar leidt u dat uit af? Hoe gaat u daarmee om? Praat u wel eens met uw huisarts over antibiotica?
B4. Kunt u bij uw huisarts meebeslissen over het voorschrijven van antibiotica?	
B5. Hebt u verder nog opmerkingen over dit onderwerp?	Wilt u verder nog iets kwijt over dit onderwerp (wat voor dit onderzoek belangrijk kan zijn)?

HULPVRAGEN IN HET ALGEMEEN: Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen?

C. VOORSCHRIJVEN ANTIBIOTICA BIJ HOESTEN, NEUS-BIJHOLTEONTSTELING EN BLAASONTSTEKING *Bij elke patiënt hier specifieke vragen formuleren naar aanleiding van de ingevulde vragenlijst van het Consumentenpanel. Voorlopig even algemene vragen gemaakt.*	Dit deel van het interview is bedoeld om een beeld te krijgen van rol van de patiënt bij het voorschrijven van antibiotica. Op de vragenlijst van het Consumentenpanel heeft u aangegeven dat u in 2015 contact met de huisarts heeft gehad voor… - hoesten - neus-bijholteontsteking - blaasontsteking. ***(Voorafgaand aangeven welke situatie(s) van toepassing is/zijn obv vraag 5/14/23).***
C1. Wat verwachtte u van de huisarts toen u contact zocht voor uw hoesten/neus-bijholteontsteking/blaasontsteking?	
C2. Hebt u toen met de huisarts gesproken over het gebruik van antibiotica?	Hoe ging dat? Vroeg uw huisarts u om uw mening?
C3. Heeft de huisarts toen antibiotica voorgeschreven?	***Zie vraag 9/18/27*** Heeft het geholpen?/Hoe lang heeft u nog last gehad?
C4. Wie heeft toen de beslissing genomen om wel of geen antibiotica voor te schrijven?	Wat vond u daarvan?
C5. In hoeverre voelde u zich toen gerustgesteld door het contact met de huisarts?	
C6. Hebt u verder nog opmerkingen over dit onderwerp?	Wilt u verder nog iets kwijt over dit onderwerp (wat voor dit onderzoek belangrijk kan zijn)?

HULPVRAGEN IN HET ALGEMEEN: Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen?

D.TOEPASSEN VAN RICHTLIJNEN	Dit deel van het interview is bedoeld om een beeld te krijgen van de houding van de patiënt ten aanzien van richtlijnen.
D1. Hebt u wel eens gehoord van richtlijnen voor huisartsen?	Hebt u zelf wel eens een richtlijn bekeken of gelezen?
Toelichting *Huisartsen hebben voor de zorg die zij geven, verschillende richtlijnen. Een richtlijn is een hulpmiddel waarin aanbevelingen staan voor het onderzoek naar en de behandeling van een bepaalde klacht of ziekte.*	
D2. Vindt u het belangrijk dat uw huisarts richtlijnen opvolgt?	
D3. Hebt u verder nog opmerkingen over dit onderwerp?	Wilt u verder nog iets kwijt over dit onderwerp (wat voor dit onderzoek belangrijk kan zijn)?

HULPVRAGEN IN HET ALGEMEEN: Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat toelichten? Kunt u daar iets meer over vertellen?

Bijlage 5 Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Antwoordnummer 4026
3500 VB Utrecht

Vragenlijst – Maart 1 2016

- **Contact met de huisarts**
- **Opvattingen over antibiotica**
- **Meebeslissen over uw gezondheid**
- **Dagelijkse omgang met uw gezondheid**
- **Uw mening over uw dokter**
- **Geneesmiddelen**

Let op!
Het is belangrijk dat de vragenlijst wordt ingevuld door het panellid (de geadresseerde)

Toelichting bij de vragenlijst

Waar gaat de vragenlijst van het Consumentenpanel deze keer over?
In deze vragenlijst willen we u enkele vragen stellen over:
- contact met de huisarts
- opvattingen over antibiotica
- meebeslissen over uw gezondheid
- dagelijkse omgang met uw gezondheid
- uw mening over uw dokter
- geneesmiddelen

Invullen geboortedatum en geslacht
We willen graag benadrukken dat het belangrijk is dat de vragenlijst wordt ingevuld door het panellid (de geadresseerde). Daarom vragen wij in elke vragenlijst naar uw geboortedatum en geslacht. U wordt vriendelijk verzocht om ook deze vragen in te vullen. Uw gegevens worden vanzelfsprekend zorgvuldig en anoniem verwerkt, conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens (meldingsnummer 1262949).

Instructies voor het invullen van de vragenlijst!
Ingevulde vragenlijsten worden gescand. Het scannen vraagt om een precieze manier van invullen. De antwoorden moeten binnen de vakken worden ingevuld. Alles wat buiten de vakken staat kan niet worden verwerkt! Dit geldt voor kruisjes die niet in de vakken staan, maar ook voor tekst die buiten de vakken wordt geschreven.
- Voor het invullen van de vragen bestaan geen goede of foute antwoorden.
- Beantwoord alle vragen door een kruisje te zetten in het vakje dat links van uw antwoord staat. Uw antwoorden worden met behulp van een computer geregistreerd. Kruisjes en tekst die buiten de vakjes staan worden door deze computer niet gezien.
- Gebruik voor het invullen een blauwe of zwarte balpen (beslist **geen** potlood of rode pen).
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. In dat geval ziet u een pijltje met een opmerking die u vertelt welke vraag u daarna moet beantwoorden, op de volgende manier:

  ☒ Nee → *ga door naar vraag 3*

  ☐ Ja
- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat nog veranderen? Zet het ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:

  ☒ Nee

  (☒) Ja

Inzenders worden beloond
Onder de inzenders verloten wij een aantal VVV cadeaubonnen, die wij de winnaars zo snel mogelijk per post zullen toesturen. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg **zal nooit telefonisch** contact met u opnemen om u producten of cadeaus aan te bieden. Er zijn bedrijven die willekeurig via de telefoon contact met mensen opnemen, waarbij ze verwijzen naar deelname aan een onderzoek en vervolgens producten of cadeaus aanbieden. Dergelijke aanbiedingen zullen nooit door of namens het Consumentenpanel worden gedaan.

Nog vragen?
U kunt de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop. Een postzegel is hierbij niet nodig. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met Christel van Well (telefoonnummer
030 2 729 662, e-mail consumentenpanel@nivel.nl). Bij voorkeur tussen 9.30 en 12.30 uur bellen
(niet op woensdag).

A. Achtergrondgegevens

1. Wat is uw geboortedatum? *(dd-mm-jjjj)*

   ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

2. Bent u een man of een vrouw?
   - ❑ Man
   - ❑ Vrouw

B. Contact met de huisarts

Een aantal van onderstaande vragen gaat over contacten met de huisarts. Het gaat hierbij om alle bezoeken op het spreekuur, visites van de huisarts bij u thuis, en ook om telefonische consulten. Ook indien u contact heeft gehad met de vervanger van uw eigen huisarts, moet u dit contact meetellen. Verlenging van recepten moet u echter niet meetellen.

3. Heeft u in **2015** voor **uzelf** contact gehad met de huisarts?
   - ❑ Nee → *ga door naar vraag 31 (Onderdeel C)*
   - ❑ Ja

De volgende vragen gaan over een aantal aandoeningen waarover u mogelijk **voor uzelf** in **2015** met de huisarts contact heeft gehad.

Hoesten

4. Heeft u in **2015** voor **uzelf** contact gehad met de huisarts voor **hoesten**? *Het gaat hierbij om hoestklachten die **korter dan drie weken** duurden.*
   - ❑ Nee → *ga door naar vraag 13*
   - ❑ Ja

*De volgende vragen gaan over uw contact met de huisarts voor uw hoesten. Wij vragen u om de volgende vragen te beantwoorden over de **laatste keer** dat u **voor uzelf in 2015** hierover contact had met de huisarts.*

5. Toen u contact had met de huisarts voor uw hoesten...

	helemaal niet	*eigenlijk niet*	*eigenlijk wel*	*helemaal wel*
hoopte u dat de huisarts u antibiotica zou voorschrijven	❑	❑	❑	❑
verwachtte u dat de huisarts u antibiotica zou voorschrijven	❑	❑	❑	❑
hebt u de huisarts gevraagd om antibiotica voor te schrijven	❑	❑	❑	❑

6. Voor mijn hoesten heeft de huisarts...

	ja	*nee*	*weet ik niet / n.v.t.*
uitgelegd dat het vanzelf over kon gaan	❑	❑	❑
het advies gegeven om regelmatig iets te drinken	❑	❑	❑
het advies gegeven om te stoppen met roken	❑	❑	❑
het advies gegeven zo min mogelijk de keel te schrapen	❑	❑	❑
bloed verkregen met vingerprik (test voor longontsteking)	❑	❑	❑

7. Bij het contact met de huisarts voor mijn hoesten is gesproken over het gebruik van antibiotica.
   - ❑ Nee → *ga door naar vraag 9*
   - ❑ Ja

8. Bij het contact met de huisarts voor mijn hoesten werd mij om mijn mening over het gebruik van antibiotica gevraagd.
   - ❑ Helemaal niet
   - ❑ Eigenlijk niet
   - ❑ Eigenlijk wel
   - ❑ Helemaal wel
   - ❑ Weet niet

9. Heeft u voor uw hoesten antibiotica voorgeschreven gekregen van de huisarts?
   - ❑ Nee
   - ❑ Ja, voor **direct** gebruik
   - ❑ Ja, voor **later** gebruik

10. Wie heeft de beslissing genomen om wel of geen antibiotica voor te schrijven voor uw hoesten?
    - ❑ Ik alleen
    - ❑ Ik meer dan de huisarts
    - ❑ De huisarts en ik even veel
    - ❑ De huisarts meer dan ik
    - ❑ De huisarts alleen

11. In hoeverre was u het er mee eens dat u wel of geen antibiotica voorgeschreven kreeg voor uw hoesten?
    - ❑ Helemaal mee oneens
    - ❑ Mee oneens
    - ❑ Niet mee oneens/niet mee eens
    - ❑ Mee eens
    - ❑ Helemaal mee eens

12. Ik voelde mij gerustgesteld door het contact met de huisarts over mijn hoesten.
    - ❑ Helemaal mee oneens
    - ❑ Mee oneens
    - ❑ Niet mee oneens/niet mee eens
    - ❑ Mee eens
    - ❑ Helemaal mee eens

Neus-bijholteontsteking

13. Heeft u in **2015** voor **uzelf** contact gehad met de huisarts voor **neus-bijholteontsteking**? *U heeft een neus-bijholteontsteking wanneer u bij een lopende, snotterige of verstopte neus extra klachten heeft, zoals pijn/druk in uw gezicht voelen of minder ruiken.*
    - ❑ Nee → *ga door naar vraag 22*
    - ❑ Ja

*De volgende vragen gaan over uw contact met de huisarts voor uw neus-bijholteontsteking. Wij vragen u om de volgende vragen te beantwoorden over de **laatste keer** dat u **voor uzelf in 2015** hierover contact had met de huisarts.*

14. Toen u contact had met de huisarts voor uw neus-bijholteontsteking...

	helemaal niet	*eigenlijk niet*	*eigenlijk wel*	*helemaal wel*
hoopte u dat de huisarts u antibiotica zou voorschrijven	❑	❑	❑	❑
verwachtte u dat de huisarts u antibiotica zou voorschrijven	❑	❑	❑	❑
hebt u de huisarts gevraagd om antibiotica voor te schrijven	❑	❑	❑	❑

15. Voor mijn neus-bijholteontsteking heeft de huisarts...

	ja	*nee*	*weet ik niet / n.v.t.*
uitgelegd dat het vanzelf over kon gaan	❑	❑	❑
het advies gegeven om een zoutoplossing te gebruiken	❑	❑	❑
het advies gegeven om twee of drie keer per dag te stomen	❑	❑	❑
het advies gegeven om neusdruppels of neusspray te gebruiken	❑	❑	❑
het advies gegeven om een pijnstiller (bijvoorbeeld paracetamol) te gebruiken	❑	❑	❑

16. Bij het contact met de huisarts voor mijn neus-bijholteontsteking is gesproken over het gebruik van antibiotica.
    - ❑ Nee → *ga door naar vraag 18*
    - ❑ Ja

17. Bij het contact met de huisarts voor mijn neus-bijholteontsteking werd mij om mijn mening over het gebruik van antibiotica gevraagd.
    - ❑ Helemaal niet
    - ❑ Eigenlijk niet
    - ❑ Eigenlijk wel
    - ❑ Helemaal wel
    - ❑ Weet niet

18. Heeft u voor uw neus-bijholteontsteking antibiotica voorgeschreven gekregen van de huisarts?
    - ❑ Nee
    - ❑ Ja, voor **direct** gebruik
    - ❑ Ja, voor **later** gebruik

19. Wie heeft de beslissing genomen om wel of geen antibiotica voor te schrijven voor uw neus-bijholteontsteking?
    - ❑ Ik alleen
    - ❑ Ik meer dan de huisarts
    - ❑ De huisarts en ik even veel
    - ❑ De huisarts meer dan ik
    - ❑ De huisarts alleen

20. In hoeverre was u het er mee eens dat u wel of geen antibiotica voorgeschreven kreeg voor uw neus-bijholteontsteking?
    - ❑ Helemaal mee oneens
    - ❑ Mee oneens
    - ❑ Niet mee oneens/niet mee eens
    - ❑ Mee eens
    - ❑ Helemaal mee eens

21. Ik voelde mij gerustgesteld door het contact met de huisarts over mijn neus-bijholteontsteking.
    - ❑ Helemaal mee oneens
    - ❑ Mee oneens
    - ❑ Niet mee oneens/niet mee eens
    - ❑ Mee eens
    - ❑ Helemaal mee eens

Blaasontsteking

22. Heeft u in **2015** voor **uzelf** contact gehad met de huisarts voor **blaasontsteking**? *Verschijnselen van blaasontsteking zijn: pijn bij het plassen, vaker kleine beetjes plassen, pijn in uw rug of onderbuik.*
    - ❑ Nee → *ga door naar vraag 31 (Onderdeel C)*
    - ❑ Ja

*De volgende vragen gaan over uw contact met de huisarts voor uw blaasontsteking. Wij vragen u om de volgende vragen te beantwoorden over de **laatste keer** dat u **voor uzelf in 2015** hierover contact had met de huisarts.*

23. Toen u contact had met de huisarts voor uw blaasontsteking...

	helemaal niet	*eigenlijk niet*	*eigenlijk wel*	*helemaal wel*
hoopte u dat de huisarts u antibiotica zou voorschrijven	❑	❑	❑	❑
verwachtte u dat de huisarts u antibiotica zou voorschrijven	❑	❑	❑	❑
hebt u de huisarts gevraagd om antibiotica voor te schrijven	❑	❑	❑	❑

24. Voor mijn blaasontsteking heeft de huisarts...

	ja	*nee*	*weet ik niet / n.v.t.*
uitgelegd dat het vanzelf over kon gaan	❑	❑	❑
het advies gegeven veel te drinken	❑	❑	❑
het advies gegeven om eventueel een pijnstiller (bijvoorbeeld paracetamol) te gebruiken	❑	❑	❑

25. Bij het contact met de huisarts voor mijn blaasontsteking is gesproken over het gebruik van antibiotica.
    - ❑ Nee → *ga door naar vraag 27*
    - ❑ Ja

26. Bij het contact met de huisarts voor mijn blaasontsteking werd mij om mijn mening over het gebruik van antibiotica gevraagd.
    - ❑ Helemaal niet
    - ❑ Eigenlijk niet
    - ❑ Eigenlijk wel
    - ❑ Helemaal wel
    - ❑ Weet niet

27. Heeft u voor uw blaasontsteking antibiotica voorgeschreven gekregen van de huisarts?
    - ❑ Nee
    - ❑ Ja, voor **direct** gebruik
    - ❑ Ja, voor **later** gebruik

28. Wie heeft de beslissing genomen om wel of geen antibiotica voor te schrijven voor uw blaasontsteking?
- ❑ Ik alleen
- ❑ Ik meer dan de huisarts
- ❑ De huisarts en ik even veel
- ❑ De huisarts meer dan ik
- ❑ De huisarts alleen

29. In hoeverre was u het er mee eens dat u wel of geen antibiotica voorgeschreven kreeg voor uw blaasontsteking?
- ❑ Helemaal mee oneens
- ❑ Mee oneens
- ❑ Niet mee oneens/niet mee eens
- ❑ Mee eens
- ❑ Helemaal mee eens

30. Ik voelde mij gerustgesteld door het contact met de huisarts over mijn blaasontsteking.
- ❑ Helemaal mee oneens
- ❑ Mee oneens
- ❑ Niet mee oneens/niet mee eens
- ❑ Mee eens
- ❑ Helemaal mee eens

C. Opvattingen over antibiotica

De volgende vragen gaan over uw opvattingen over antibiotica in het algemeen. We vragen iedereen, ook als u geen klacht heeft gehad, om de vragen in te vullen. We vragen u om u in te denken dat de beschreven situatie op u van toepassing is.

31. **Stel** u **hoest** en heeft hierover contact met de huisarts. *Het gaat hierbij om hoestklachten die **korter dan drie weken** duren.* In hoeverre...

	helemaal niet	*eigenlijk niet*	*eigenlijkwel*	*helemaalwel*
hoopt u dat de huisarts u antibiotica voorschrijft	❑	❑	❑	❑
verwacht u dat de huisarts u antibiotica voorschrijft	❑	❑	❑	❑
vraagt u de huisarts om antibiotica voor te schrijven	❑	❑	❑	❑

32. **Stel** u heeft een **neus-bijholteontsteking** en heeft hierover contact met de huisarts. *Bij een neus-bijholteontsteking heeft u naast een lopende, snotterige of verstopte neus extra klachten, zoals pijn/druk voelen in uw gezicht of minder ruiken.* In hoeverre...

	helemaal niet	*eigenlijk niet*	*eigenlijk wel*	*helemaal wel*
hoopt u dat de huisarts u antibiotica voorschrijft	❑	❑	❑	❑
verwacht u dat de huisarts u antibiotica voorschrijft	❑	❑	❑	❑
vraagt u de huisarts om antibiotica voor te schrijven	❑	❑	❑	❑

33. **Stel** u heeft een **blaasontsteking** en heeft hierover contact met de huisarts. *Verschijnselen van blaasontsteking zijn: pijn bij het plassen, vaker kleine beetjes plassen, pijn in uw rug of onderbuik.* In hoeverre...

	helemaal niet	*eigenlijk niet*	*eigenlijk wel*	*helemaal wel*
hoopt u dat de huisarts u antibiotica voorschrijft	❑	❑	❑	❑
verwacht u dat de huisarts u antibiotica voorschrijft	❑	❑	❑	❑
vraagt u de huisarts om antibiotica voor te schrijven	❑	❑	❑	❑

34. Stel u komt in een situatie waarin wel of geen antibiotica kan worden voorgeschreven door de huisarts. Wie neemt dan volgens u de beslissing om antibiotica voor te schrijven?
    - ❑ Ik alleen
    - ❑ Ik meer dan de huisarts
    - ❑ De huisarts en ik even veel
    - ❑ De huisarts meer dan ik
    - ❑ De huisarts alleen

35. De volgende vraag gaat over hoe vaak volgens u **mensen die u belangrijk vindt** meebeslissen over het voorschrijven van antibiotica. Wilt u dit voor elk van de onderstaande situaties aangeven?

Hoe vaak denkt u dat...	*nooit*	*soms*	*vaak*	*altijd*
de mensen die u belangrijk vindt de huisarts laten beslissen over het voorschrijven van antibiotica?	❑	❑	❑	❑
de beslissing om antibiotica voor te schrijven genomen wordt door de huisarts en niet door de mensen die u belangrijk vindt?	❑	❑	❑	❑

36. In hoeverre bent u het eens met onderstaande stellingen? *Wilt u per stelling één antwoord aankruisen.*

	helemaal mee oneens	*mee oneens*	*niet eens, niet oneens*	*mee eens*	*helemaal mee eens*	*weet ik niet zeker*
Als je een antibioticumkuur volgt, ben je sneller van klachten als hoesten, keelpijn en oorpijn af	❑	❑	❑	❑	❑	❑
De mensen die ik belangrijk vind denken dat als je een antibioticumkuur volgt, je sneller van klachten als hoesten, keelpijn en oorpijn af bent	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Antibiotica doden virussen	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Antibiotica zijn effectief tegen je klachten	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Het nemen van antibiotica geeft vaak bijwerkingen, zoals diarree	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Indien antibiotica eerder zijn voorgeschreven, zullen ze weer nodig zijn voor soortelijke klachten in de toekomst	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Het voorschrijven van antibiotica voor alledaagse klachten is niet noodzakelijk	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Onnodig gebruik van antibiotica maakt ze minder werkzaam	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Ik kan de huisarts makkelijk overtuigen om mij antibiotica voor te schrijven	❑	❑	❑	❑	❑	❑

D. Meebeslissen over uw gezondheid

37. De volgende vraag gaat over hoe vaak u meebeslist over uw gezondheid. Wilt u dit voor elk van de onderstaande situaties aangeven?

Hoe vaak denkt u dat...	*nooit*	*soms*	*vaak*	*altijd*
u de dokter laat beslissen wat het beste is voor uw gezondheid?	❑	❑	❑	❑
de belangrijkste medische beslissingen genomen worden door uw dokter en niet door u zelf?	❑	❑	❑	❑
u zelf beslist wat het beste is voor uw gezondheid?	❑	❑	❑	❑
de belangrijkste medische beslissingen genomen worden door u zelf en niet door de dokter?	❑	❑	❑	❑

38. Wie neemt over het algemeen de medische beslissingen met betrekking tot uw behandeling?
    - ❑ Ik alleen
    - ❑ Ik meer dan de arts
    - ❑ De arts en ik even veel
    - ❑ De arts meer dan ik
    - ❑ De arts alleen

39. De volgende vraag gaat over hoe vaak volgens u **mensen die u belangrijk vindt** meebeslissen over hun gezondheid. Wilt u dit voor elk van de onderstaande situaties aangeven?

Hoe vaak denkt u dat...	*nooit*	*soms*	*vaak*	*altijd*
de mensen die u belangrijk vindt de dokter laten beslissen wat het beste is voor hun gezondheid?	❑	❑	❑	❑
de belangrijkste medische beslissingen genomen worden door de dokter en niet door de mensen die u belangrijk vindt?	❑	❑	❑	❑

40. Wilt u voor elk van onderstaande uitspraken aangeven in hoeverre u het met de uitspraak eens bent?

	volledig mee eens	*mee eens*	*niet mee eens/niet mee oneens*	*mee oneens*	*volledig mee oneens*
Ik zorg ervoor dat ik goed geïnformeerd ben over de mogelijkheden voor hulp/zorg.	❑	❑	❑	❑	❑
Ik kom altijd goed voor mezelf op.	❑	❑	❑	❑	❑
Als ik het ergens niet mee eens ben, leg ik me daar gewoon bij neer.	❑	❑	❑	❑	❑
Ik kan dingen gemakkelijk voor elkaar krijgen door te onderhandelen.	❑	❑	❑	❑	❑
Ik laat altijd duidelijk blijken wat ik ergens van vind.	❑	❑	❑	❑	❑
Het liefst laat ik anderen voor mij beslissen.	❑	❑	❑	❑	❑
Ik stel altijd vragen als ik iets wil weten.	❑	❑	❑	❑	❑

E. Dagelijkse omgang met uw gezondheid

41. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?
    - ❑ Uitstekend
    - ❑ Zeer goed
    - ❑ Goed
    - ❑ Matig
    - ❑ Slecht

Onderstaande vragen gaan over uw gezondheid en de gezondheidszorg. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Vul bij elke vraag het antwoord in dat het beste bij u past. Sommige vragen lijken misschien wat op elkaar. Het is toch belangrijk dat u alle vragen invult.

42. Geef aan in welke mate u het oneens of eens bent met de volgende stellingen, door het antwoord aan te kruisen dat op dit moment het beste bij u past. In deze vragenlijst bedoelen we met zorgverleners artsen en alle andere professionele zorgverleners.

	zeer mee oneens	*mee oneens*	*mee eens*	*zeer mee eens*
Ik vind dat ik goede informatie heb over gezondheid	❑	❑	❑	❑
Ik kan terecht bij veel mensen die me begrijpen en steunen	❑	❑	❑	❑
Ik vergelijk gezondheidsinformatie uit verschillende bronnen	❑	❑	❑	❑
Als ik me ziek voel, begrijpen de mensen om me heen echt wat ik doormaak	❑	❑	❑	❑
Als ik nieuwe informatie over gezondheid tegenkom, ga ik na of deze klopt of niet	❑	❑	❑	❑
Ik heb genoeg informatie om met mijn gezondheidsproblemen te kunnen omgaan	❑	❑	❑	❑
Als ik hulp nodig heb, heb ik ruim voldoende mensen op wie ik kan rekenen.	❑	❑	❑	❑
Ik vergelijk altijd gezondheidsinformatie van verschillende bronnen en beslis dan wat het beste voor me is	❑	❑	❑	❑
Ik weet zeker dat ik alle benodigde informatie heb om effectief met mijn gezondheid om te kunnen gaan	❑	❑	❑	❑
Ik heb ten minste één persoon die met mij mee kan gaan naar medische afspraken	❑	❑	❑	❑
Ik weet hoe ik erachter kan komen of de gezondheidsinformatie die ik krijg wel of niet klopt	❑	❑	❑	❑
Ik krijg veel steun van familie of vrienden	❑	❑	❑	❑
Ik vraag aan zorgverleners wat de kwaliteit is van de gezondheidsinformatie die ik vind	❑	❑	❑	❑
Ik beschik over alle informatie die ik nodig heb om op mijn gezondheid te letten	❑	❑	❑	❑

43. Kent u mensen in uw omgeving (bijv. uw partner, uw kind, overige familieleden, vrienden, kennissen of collega's) die één van onderstaande beroepen uitoefenen? NB: Het gaat hierbij niet om uw eventuele eigen huisarts, medisch specialist, apotheker, verpleegkundige of apothekersassistente. *U kunt meerdere antwoorden aankruisen.*

- ❑ Huisarts
- ❑ Medisch specialist
- ❑ Apotheker
- ❑ Verpleegkundige
- ❑ Apothekersassistente
- ❑ Ik ken niemand in mijn omgeving die één van bovenstaande beroepen uitoefent

44. Was u in het afgelopen jaar onder behandeling van één of meerdere specialismen in een ziekenhuis?

- ❑ Nee, ik was niet onder behandeling in een ziekenhuis → *ga door naar vraag 46*
- ❑ Ja, ik was bij één specialisme onder behandeling in een ziekenhuis
- ❑ Ja, ik was bij meerdere specialismen onder behandeling in een ziekenhuis

45. Hoe lang was u onder behandeling in een ziekenhuis in het afgelopen jaar?

- ❑ Korter dan vier maanden in het afgelopen jaar
- ❑ Langer dan vier maanden in het afgelopen jaar

F. Uw mening over uw dokter

46. De onderstaande uitspraken gaan over uw mening over uw dokter. Wilt u iedere vraag goed lezen en het hokje aankruisen dat het beste uw mening weergeeft.

	helemaal mee oneens	*redelijk mee oneens*	*niet mee oneens, niet mee eens*	*redelijk mee eens*	*helemaal mee eens*
Uw dokter zal er alles aan doen om ervoor te zorgen dat u de zorg krijgt die u nodig heeft	❑	❑	❑	❑	❑
Soms stelt uw dokter zijn/ haar eigen belang boven uw medisch belang	❑	❑	❑	❑	❑
De medische vaardigheden van uw dokter zijn niet zo goed als zij zouden moeten zijn	❑	❑	❑	❑	❑
Uw dokter is uitermate zorgvuldig en nauwkeurig	❑	❑	❑	❑	❑
U heeft alle vertrouwen in uw dokters beslissing over welke medische behandelingen voor u het beste zijn	❑	❑	❑	❑	❑
Uw dokter informeert u in alle eerlijkheid over de verschillende behandelingen die voorhanden zijn voor uw aandoening	❑	❑	❑	❑	❑
Uw dokter denkt alleen aan wat het beste is voor u	❑	❑	❑	❑	❑
Soms besteedt uw dokter geen volledige aandacht aan wat u hem/haar probeert te vertellen	❑	❑	❑	❑	❑
U maakt zich er geen zorgen over om uw leven in handen van uw dokter te leggen	❑	❑	❑	❑	❑
Al met al vertrouwt u uw dokter volledig	❑	❑	❑	❑	❑

47. In hoeverre bent u het eens met de onderstaande stellingen? Er zijn bij de stellingen geen goede of foute antwoorden.

	helemaal mee oneens	*mee oneens*	*enigszins mee oneens*	*enigszins mee eens*	*mee eens*	*helemaal mee eens*
Om ziektes te voorkomen kan ik het beste regelmatig contact hebben met mijn huisarts	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Als ik me niet goed voel, zou ik eigenlijk een arts moeten raadplegen	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Mijn naaste familie is van grote invloed op mijn gezondheid	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Artsen hebben een grote invloed op mijn gezondheid	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Als ik herstel van een ziekte, heb ik dat meestal te danken aan de goede zorgen van anderen, zoals artsen, verpleegkundigen, familie of vrienden	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Wat betreft mijn gezondheid, kan ik alleen maar doen wat de arts mij zegt	❑	❑	❑	❑	❑	❑

G. Geneesmiddelen

48. Hieronder staat een aantal uitspraken die andere mensen ooit gedaan hebben over geneesmiddelen. Wilt u aangeven in hoeverre u het eens of niet eens bent met deze uitspraken?

	helemaal niet mee eens	*niet mee eens*	*geen duidelijke mening*	*mee eens*	*helemaal mee eens*
Artsen schrijven te veel geneesmiddelen voor	❑	❑	❑	❑	❑
Mensen die geneesmiddelen gebruiken zouden de behandeling zo nu en dan moeten onderbreken	❑	❑	❑	❑	❑
De meeste geneesmiddelen zijn verslavend	❑	❑	❑	❑	❑
Natuurlijke middelen zijn veiliger dan geneesmiddelen	❑	❑	❑	❑	❑
Geneesmiddelen doen meer kwaad dan goed	❑	❑	❑	❑	❑
Alle geneesmiddelen zijn gif	❑	❑	❑	❑	❑
Artsen vertrouwen te veel op geneesmiddelen	❑	❑	❑	❑	❑
Als artsen meer tijd voor hun patiënten hadden, zouden ze minder geneesmiddelen voorschrijven	❑	❑	❑	❑	❑

➔ ***GA VERDER MET VRAAG 49 OP HET LOSSE VEL***

*Het NIVEL wil op basis van de resultaten graag een aantal mensen **interviewen**. Met dit interview willen wij meer inzicht krijgen in hoe beslissingen in de spreekkamer met betrekking tot bijvoorbeeld antibiotica worden genomen. Als u in aanmerking komt voor een interview en u bereid bent om mee te werken, wordt u door een onderzoeker van het NIVEL benaderd. Het interview vindt plaats bij u thuis of op een door u gekozen locatie (bijvoorbeeld een restaurant in uw woonplaats). Dit interview zal maximaal één uur duren. U mag op elk moment van het interview het gesprek beëindigen. Uw naam en andere persoonlijke gegevens zullen nooit worden weergegeven op een wijze die herleidbaar is tot u.*

49. Ik geef toestemming dat onderzoekers van het NIVEL contact met mij opnemen voor een interview voor dit onderzoek:
    - ❑ Ja → *ga door naar vraag 51*
    - ❑ Nee

U heeft geen toestemming gegeven voor een interview bij u thuis of op een door u gekozen locatie. Bent u wel bereid om mee te werken aan een **kort telefonisch interview**?
Als u in aanmerking komt voor een telefonisch interview en u bereid bent om mee te werken, wordt u door een onderzoeker van het NIVEL benaderd. Dit telefonisch interview zal maximaal 15 minuten duren. U mag op elk moment van het interview het gesprek beëindigen. Uw naam en andere persoonlijke gegevens zullen nooit worden weergegeven op een wijze die herleidbaar is tot u.

50. Ik geef toestemming dat onderzoekers van het NIVEL contact met mij opnemen voor een telefonisch interview voor dit onderzoek:
    - ❑ Ja
    - ❑ Nee → ***einde vragenlijst***

51. U hebt toestemming gegeven dat een onderzoeker van het NIVEL contact met u opneemt. Om contact met u op te kunnen nemen, willen wij u vragen hieronder uw naam en het telefoonnummer in te vullen waarop de onderzoeker u kan bereiken om met u een afspraak te maken over het interview. NB: Uw telefoonnummer zal alleen gebruikt worden om u te bereiken voor het interview. Na afloop van het onderzoek zal uw telefoonnummer worden vernietigd.

Mijn naam is: Dhr./Mw.* _____
Mijn telefoonnummer is: _____
** Doorhalen wat niet van toepassing is*

Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van de vragenlijst? Dan kunt u die hieronder kwijt.

Hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

U kunt de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop naar het Consumentenpanel Gezondheidszorg, Antwoordnummer 4026, 3500 VB Utrecht. Hierbij is geen postzegel nodig.

Bijlage 6 Beschrijving indicatoren

Klacht/ diagnose	Aanbeveling NHG-standaard	Operationalisatie 'Geen indicatie'	Operationalisatie 'Onzekere indicatie'	Operationalisatie 'Wel een indicatie'	Opmerkingen
Hoesten	Indicatie onzeker: Indien een pneumonie niet waarschijnlijk wordt geacht, geen antibiotica. Uitzondering waarbij antibiotica overwogen moeten worden zijn patiënten met een of meerdere risicofactoren: • Leeftijd < 3 maanden of > 75 • Relevante comorbiditeit o vooral hartfalen, ernstiger vormen van COPD, diabetes mellitus (met name bij insulinegebruik), neurologische aandoeningen, ernstige nierinsufficiëntie; o een gestoorde afweer (bijv. bij oncologische aandoeningen, nierinsufficiëntie etc.). CRP bij volwassenen :<20 geen indicatie, 20-100 klinisch beeld doorslaggevend, >100 AB geïndiceerd	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij hoesten, als deel van de patiënten met hoesten tussen 18 en 75 jaar, zonder indicatie verminderde afweer[1], zonder verhoogde CRP (<20) en zonder relevante comorbiditeit. Relevante comorbiditeit is hier: diabetes mellitus, hartfalen, COPD en neurologische aandoeningen	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij hoesten, als deel van de patiënten met hoesten met indicatie verminderde afweer, of met verhoogde CRP (20-100) of met relevante comorbiditeit, of vanaf 75 jaar. Relevante comorbiditeit is hier: diabetes mellitus, hartfalen, COPD en neurologische aandoeningen	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij hoesten, als deel van de volwassen patiënten met hoesten en sterk verhoogde CRP (>100).	Aanname: bij patiënten waarbij pneumonie of kinkhoest waarschijnlijk wordt geacht wordt pneumonie of kinkhoest geregistreerd en geen hoesten. Daarom alleen risicofactoren die in de standaard bij 'overig hoesten' worden genoemd, geoperationaliseerd. CRP-uitslagen worden niet altijd geregistreerd en zijn alleen meegenomen indien beschikbaar.

[1] Patiënten hebben een indicatie voor verminderde afweer als zij minimaal één van de volgende medicijnen voorgeschreven hebben gekregen: chronisch orticosteroïdgebruik, cytostatica, DMARD's, biologicals, thyreostatica, fenytoïne, neuroleptica, of als minimaal één van de volgende aandoeningen geregistreerd is: HIV-infectie met verlaagd aantal T-cellen, kanker, diabetes mellitis, ernstige alcoholabusus, sikkelcelziekte, (functionele) asplenie, ernstige niersufficiëntie.

Klacht/ diagnose	Aanbeveling NHG-standaard	Operationalisatie 'Geen indicatie'	Operationalisatie 'Onzekere indicatie'	Operationalisatie 'Wel een indicatie'	Opmerkingen
Kinkhoest	Bij vastgestelde kinkhoest, of bij vermoeden van kinkhoest in niet- of onvolledig gevaccineerde gezinnen is antibiotica als behandeling en profylaxe geindiceerd.	Nvt	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij kinkhoest	Nvt	Uit de data kan niet worden opgemaakt kan worden of het gaat om een vermoeden of vastgestelde kinkhoest, en of er sprake is van een onvolledig gevaccineerd gezin (o.a. gezin met een zwangere vrouw en/of een heel jonge baby), vandaar de indicatie ‘onzeker’.

Klacht/ diagnose	Aanbeveling NHG-standaard	Operationalisatie 'Geen indicatie'	Operationalisatie 'Onzekere indicatie'	Operationalisatie 'Wel een indicatie'	Opmerkingen
Acute laryngitis/tracheitis	Indicatie onzeker: Uitzondering waarbij antibiotica overwogen moeten worden zijn patiënten met een of meerdere risicofactoren: • Leeftijd < 3 maanden of > 75 • Relevante comorbiditeit o vooral hartfalen, ernstiger vormen van COPD, diabetes mellitus (met name bij insulinegebruik), neurologische aandoeningen, ernstige nierinsufficiëntie; o een gestoorde afweer (bijvoorbeeld bij oncologische aandoeningen, nierinsufficiëntie etc.). CRP (bij volwassenen):<20 geen indicatie, 20-100 klinisch beeld doorslaggevend, >100 AB geïndiceerd	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij acute laryngitis-tracheitis, als deel van de patiënten met acute laryngitis-tracheitis, tussen 18 en 75 jaar, zonder indicatie verminderde afweer, zonder verhoogde CRP (<20) en zonder relevante comorbiditeit. Relevante comorbiditeit is hier: diabetes mellitus, hartfalen, COPD en neurologische aandoeningen	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij acute laryngitis/ tracheitis, als deel van de patiënten met acute laryngitis/tracheitis met indicatie verminderde afweer, of met verhoogde CRP (20-100) of met relevante comorbiditeit, of vanaf 75 jaar. Relevante comorbiditeit is hier: diabetes mellitus, hartfalen, COPD en neurologische aandoeningen	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij acute laryngitis/tracheitis, als deel van de volwassen patiënten met acute laryngitis/tracheitis en sterk verhoogde CRP (>100).	CRP-uitslagen worden niet altijd geregistreerd en zijn alleen meegenomen indien beschikbaar.

Klacht/ diagnose	Aanbeveling NHG-standaard	Operationalisatie 'Geen indicatie'	Operationalisatie 'Onzekere indicatie'	Operationalisatie 'Wel een indicatie'	Opmerkingen
Acute bronchitis/ bronchiolitis	Indicatie onzeker: Uitzondering waarbij antibiotica overwogen moeten worden zijn patiënten met een of meerdere risicofactoren: • Leeftijd <3 maanden of >75 • Relevante comorbiditeit o vooral hartfalen, ernstiger vormen van COPD, diabetes mellitus (met name bij insulinegebruik), neurologische aandoeningen, ernstige nierinsufficiëntie; o een gestoorde afweer (bijvoorbeeld bij oncologische aandoeningen, nierinsufficiëntie etc.). CRP (bij volwassenen) :<20 geen indicatie, 20-100 klinisch beeld doorslaggevend, >100 AB geïndiceerd	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij Acute bronchitis/ bronchiolitis, als deel van de patiënten met Acute bronchitis/ bronchiolitis tussen 18 en 75 jaar, zonder indicatie verminderde afweer, zonder verhoogde CRP (<20) en zonder relevante comorbiditeit. Relevante comorbiditeit is hier: diabetes mellitus, hartfalen, COPD en neurologische aandoeningen	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij Acute bronchitis/ bronchiolitis, als deel van de patiënten met Acute bronchitis/met indicatie verminderde afweer, of met verhoogde CRP (20-100) of met relevante comorbiditeit, of vanaf 75 jaar. Relevante comorbiditeit is hier: diabetes mellitus, hartfalen, COPD en neurologische aandoeningen	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij acute bronchitis/ bronchiolitis, als deel van de volwassen patiënten met acute bronchitis/bronchiolitis en sterk verhoogde CRP (>100).	CRP-uitslagen worden niet altijd geregistreerd en zijn alleen meegenomen indien beschikbaar.

Klacht/ diagnose	Aanbeveling NHG-standaard	Operationalisatie 'Geen indicatie'	Operationalisatie 'Onzekere indicatie'	Operationalisatie 'Wel een indicatie'	Opmerkingen
Pneumonie	Antibiotica geïndiceerd wanneer een pneumonie waarschijnlijk wordt geacht: • kenmerken van ernstig ziek zijn zoals tachypnoe, tachycardie, hypotensie (SBD < 90, DBD < 60 mmHg) of verwardheid. • matig ziekzijn en: o eenzijdige auscultatoire afwijkingen (afwezigheid van auscultatoire afwijkingen sluit echter een pneumonie niet uit); o een CRP > 100 mg/l bij een matig zieke volwassene; een CRP <20 mg/l sluit een pneumonie vrijwel uit. Bij waarden tussen de 20 en de 100 mg/l is vooral het klinisch beeld bepalend alsmede de aanwezigheid van risicofactoren zoals hartfalen, diabetes mellitus, COPD, astma, leeftijd < 3 maanden of >75 jaar; o een infiltraat op de X-thorax; o een beloop langer dan zeven dagen met koorts en hoesten (zonder afwijkingen bij lichamelijk onderzoek).	Nvt	Nvt	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij Pneumonie	

Klacht/ diagnose	Aanbeveling NHG-standaard	Operationalisatie 'Geen indicatie'	Operationalisatie 'Onzekere indicatie'	Operationalisatie 'Wel een indicatie'	Opmerkingen
Symptomen/klacht en sinussen	Antibiotica worden in principe niet gegeven. Antibiotica zijn wel geïndiceerd bij patiënten die ernstig ziek zijn. Indicatie voor antibiotica is onzeker bij patiënten met een verminderde afweer: * chronisch corticosteroïdgebruik of gebruik van andere immunosuppresieve middelen * HIV-infectie met verlaagd aantal T-cellen * Chemo- of radiotherapie * immuunstoornissen * kwetsbare ouderen die ziek zijn * patiënten met diabetes mellitus Indicatie voor antibiotica is ook onzeker bij patiënten die langer dan vijf dagen koorts hebben of bij wie opnieuw koorts optreedt na een aantal koortsvrije dagen binnen één klachtenepisode.	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij symptomen/klachten sinussen als deel van Alle volwassen patiënten met 'symptomen/klachten sinussen' die geen indicatie voor verminderde afweer hebben.	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij symptomen/klachten sinussen als deel van Alle volwassen patiënten die zich meldden met 'symptomen/klachten sinussen' met een indicatie voor verminderde afweer.	Nvt	Aanname: patiënten waarbij 'symptomen/klachten sinussen' geregistreerd is maar geen ‘acute/chronische rinusitis’ zijn niet ernstig ziek, anders was de diagnose wel geregistreerd. Langdurige of terugkerende koorts kunnen we niet operationaliseren en laten we daarom buiten beschouwing.

Klacht/ diagnose	Aanbeveling NHG-standaard	Operationalisatie 'Geen indicatie'	Operationalisatie 'Onzekere indicatie'	Operationalisatie 'Wel een indicatie'	Opmerkingen
Acute/chronische sinusitis	Antibiotica worden in principe niet gegeven. Antibiotica zijn wel geïndiceerd bij patiënten die ernstig ziek zijn. Indicatie voor antibiotica is onzeker bij patiënten met een verminderde afweer: * chronisch corticosteroïdgebruik of gebruik van andere immunosuppresieve middelen * HIV-infectie met verlaagd aantal T-cellen * Chemo- of radiotherapie * immuunstoornissen * kwetsbare ouderen die ziek zijn * patiënten met diabetes mellitus Indicatie voor antibiotica is ook onzeker bij patiënten die langer dan vijf dagen koorts hebben of bij wie opnieuw koorts optreedt na een aantal koortsvrije dagen binnen één klachtenepisode.	Het percentage patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij acute/chronische rinusitis, als deel van alle patiënten met acute/chronische rinusitis die geen indicatie voor verminderde afweer hebben.	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven acute/chronische rinusitis, als deel van alle volwassen patiënten met acute – chronische rinusitis die een indicatie voor verminderde afweer hebben.	Nvt	Ernstig ziek zijn en lange of terugkerende koorts kunnen we niet operationaliseren en laten we daarom buiten beschouwing.
Pijnlijke mictie	- [in de richtlijn wordt beschreven hoe cystitis vastgesteld kan worden en vervolgens wat het beleid bij vastgestelde cystitis is, niet wat het beleid is zonder die diagnose]	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij pijnlijke mictie als deel van alle volwassen patiënten met 'pijnlijke mictie´	Nvt	Nvt	Aanname: patiënten waarbij 'pijnlijke mictie' geregistreerd is maar geen 'cystitis/ urineweginfectie' hebben geen (waarschijnlijkheids-) diagnose urineweg-infectie, anders was dat wel geregistreerd.

Klacht/ diagnose	Aanbeveling NHG-standaard	Operationalisatie 'Geen indicatie'	Operationalisatie 'Onzekere indicatie'	Operationalisatie 'Wel een indicatie'	Opmerkingen
Frequente mictie/aandrang	- [in de richtlijn wordt beschreven hoe cystitis vastgesteld kan worden en vervolgens wat het beleid bij vastgestelde cystitis is, niet wat het beleid is zonder die diagnose]	Het percentage volwassen patiënten dat antibiotica kreeg voorgeschreven bij frequente mictie/ aandrang als deel van alle volwassen patiënten met 'frequente mictie/aandrang´	Nvt	Nvt	Aanname: patiënten waarbij 'frequente mictie/aandrang' geregistreerd is maar geen 'cystitis/ urineweginfectie' hebben geen (waarschijnlijkheids-) diagnose urineweginfectie, anders was dat wel geregistreerd.
Cystitis/ urineweginfectie	* Gezonde niet-zwangere vrouwen vanaf 12 jaar De huisarts [...] bespreekt de mogelijkheid van een afwachtend beleid [...] en het meegeven van een 'uitgesteld antibioticumrecept'. * Recidiverende cystitis bij gezonde niet-zwangere vrouwen (vanaf 12 jaar) De huisarts legt vrouwen met recidiverende urineweginfecties (drie of meer binnen 1 jaar) de volgende behandelopties voor: zelfbehandeling, waarvoor een antibioticumrecept op voorraad wordt verstrekt, of profylactische behandeling met keuze uit de volgende opties: - [...] - continue antibioticaprofylaxe.	Nvt	Het percentage gezonde, niet-zwangere volwassen vrouwen dat antibiotica voorgeschreven kreeg bij cystitis/ urineweginfectie, als deel van alle niet-zwangere volwassen vrouwen met cystitis/urineweginfectie zonder nier- of urinewegaandoening en zonder indicatie verminderde afweer.	Het percentage patiënten dat antibiotica voorgeschreven kreeg bij Cystitis/urineweg-infectie als deel van alle mannen met Cystitis/urineweg-infectie en vrouwen met Cystitis/urineweg-infectie die zwanger zijn, of een nier- of urineweg-aandoening of indicatie verminderde afweer hebben.	Tekenen van weefselinvasies kunnen we niet operationaliseren en laten we daarom buiten beschouwing. We maken geen onderscheid tussen eenmalige cystitis of terugkerende cystitis, omdat in beide gevallen de indicatie voor antibiotica bij gezonde, niet-zwangere, volwassen vrouwen volgens de standaard onzeker is.

Klacht/ diagnose	Aanbeveling NHG-standaard	Operationalisatie 'Geen indicatie'	Operationalisatie 'Onzekere indicatie'	Operationalisatie 'Wel een indicatie'	Opmerkingen
	* Cystitis bij risicogroepen Personen uit een risicogroep lopen een groter risico om complicaties van een cystitis te ontwikkelen. Behandel daarom een cystitis bij hen, in afwachting van de kweekuitslag, altijd met een antibioticum. Risicogroepen zijn: zwangeren, mannen, en patiënten met diabetes mellitus, een verminderde weerstand of afwijkingen aan de nieren of urinewegen. * Urineweginfectie met tekenen van weefselinvasie Leg uit dat een urineweginfectie met koorts een aandoening is die ernstig kan verlopen, dat behandeling met antibiotica noodzakelijk is [...]				